

УТВЕРЖДЕНЫ

**Приказом Генерального директора
ООО «ОСЖ РЕСО-Гарантия»
Раковщика Д.Г.
№ 08 от 31.03.2023 года
(ведены в действие с 01.04.2023 года)**

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

СОДЕРЖАНИЕ ПАКЕТА ДОКУМЕНТОВ К ПРАВИЛАМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

ПРАВИЛА	3
1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	4
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	4
4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	4
5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	5
6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА.....	7
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	8
8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА.....	14
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	14
10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	17
11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	18
12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.....	22
13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.....	23
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	23
15. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ.....	23
Приложение № 1 «У С Л О В И Я предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования».....	25
ВАРИАНТ А.....	25
ВАРИАНТ Б.....	2
Приложение № 2 «СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ».....	2
Программа 1. «Личный врач».....	2
Программа 2. «Врач фирмы».....	18
Программа 3. «Помощь на дому».....	18
Программа 4. «Амбулаторная помощь».....	18
Программа 5. «Стоматологическая помощь».....	4
Программа 6. «Скорая медицинская помощь».....	21
Программа 7. «Стационарная помощь».....	21
Программа 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение».....	22
Программа 9. «Ведение беременности и родов».....	23
Программа 10. «Антиклещ».....	25
Программа 11. «Лекарственное обеспечение».....	27
Программа 12. «Консультативно-диагностическая помощь».....	30
Программа 13. «Лечение при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без границ».....	33
Программа 14. «Репатриация».....	43
Программа 15. «Телемедицина».....	44
Программа 16. «Онко-поддержка».....	47
Программа 17. Экстренная помощь по России.....	49
Приложение № 3 ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (страхование юридических лиц).....	50
Приложение № 4 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ПО ПРОГРАММЕ «АНТИКЛЕЩ».....	56
Приложение № 5 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ДМС (страхование физических лиц).....	57
Приложение № 6 ОБРАЗЕЦ МЕДИЦИНСКОЙ АНКЕТЫ.....	59
Приложение № 7 ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВАНИЕ по программе «Лечение при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без границ».....	62
Приложение №8 ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА по программе «Здоровье без границ».....	65
Приложение №9 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА по программе «Здоровье без границ».....	68

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

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

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Договор страхования (Полис):** письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.
- 1.2. **Медицинские услуги (медицинская помощь):** мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.
- 1.3. **Франшиза** - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.
- 1.4. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.
- 1.5. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.
- 1.6. **Страховая программа** - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховой полис.
- 1.7. **Сервисный центр** - круглосуточный центр Страховщика или Сервисной компании, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями, и телефон которой указан в Договоре страхования
- 1.8. **Медико-транспортная помощь** организуется Сервисным центром, с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного. Она организуется и проводится при отсутствии медицинских противопоказаний, после получения письменного разрешения из клиники, с указанием условий её проведения. Сервисный центр на основании медицинских документов принимает решение о возможности проведения медицинской репатриации / эвакуации, её дате, виде транспорта, положении Застрахованного при транспортировке, необходимости сопровождения и его виде (медицинское – врачом, фельдшером, либо гражданским лицом), необходимость использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.
- 1.9. **Медицинская эвакуация** – перемещение застрахованного из одного медицинского учреждения в другое, располагающее необходимым медицинским оборудованием / персоналом для оказания медицинской помощи застрахованному в соответствии с его диагнозом и тяжестью состояния.
- 1.10. **Медицинская репатриация** – медицинская транспортировка с территории Российской Федерации до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта.

- 1.11. **Посмертная репатриация / репатриация останков** – транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая. Страхованием покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе расходы на приобретение гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата её проведения, определяются Сервисным центром. По желанию родственников, возможна кремация тела Застрахованного с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания не покрываются.
- 1.12. **Лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.
- 1.13. **Врач** - специалист с оконченным высшим медицинским образованием, подтвержденным соответствующими документами об образовании, не являющийся родственником Застрахованного.
- 1.14. **Предшествовавшие состояния** - любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующим на момент заключения договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.15. **Срок страхования** - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.
- 1.16. **Несчастный случай** - событие, фактически происшедшее извне, возникшее внезапно, непредвиденно, помимо воли Застрахованного.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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

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

4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

- 4.1.1. **Страховщик:** ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.
- 4.1.2. **Страхователь:** юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.
- 4.1.3. **Застрахованное лицо:** физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане РФ или иностранные граждане, постоянно или временно проживающие/ пребывающие на территории РФ. На страхование не принимаются граждане, госпитализированные на дату заключения договора (если договором страхования не предусмотрено иное).
- 4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, аптечные, сервисные (ассистанские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования
 - 4.2.1. **Медицинские учреждения:** организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются (если применимо), привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.
 - 4.2.2. **Аптечные учреждения:** организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе 11 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски. (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).
 - 4.2.3. **Сервисные (ассистанские) учреждения** - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 5.1. Страховым случаем является:
 - 5.1.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, диспансерной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования.
 - 5.1.2. возникновение у Застрахованного лица или у его законных представителей непредвиденных расходов по медицинской или посмертной репатриации застрахованного, вызванной несчастным случаем или заболеванием, при условии предварительного согласования указанных расходов Страховщиком или Сервисным центром, уполномоченным Страховщиком..

- 5.2. Страховым случаем не является, и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:
- 5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком.
- 5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:
- в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;
 - при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
 - вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
- 5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;
- 5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;
- 5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;
- 5.2.6. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия"
- 5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:
- 5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;
- 5.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 5.3.4. стихийными бедствиями.
- 5.4. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.
- 5.5. Страховым случаем не является, и Страховщик не возмещает стоимость дополнительных услуг, которые могут возникнуть при транспортировке и/или репатриации застрахованного:
- 5.5.1. Расходы на связь с сервисным центром;
- 5.5.2. Расходы по сопровождению застрахованного третьими лицами (оплата транспорта, проживания, страхования, питания, услуг переводчика);
- 5.5.3. Расходы по переводу документов, поименованных в п. **11.8** на русский язык
- 5.6. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие вследствие:
- 5.6.1. Отказа Застрахованного от медицинской репатриации в страну постоянного жительства в тех случаях, когда она разрешена по медицинским показаниям и предложена Страховщиком (Сервисным центром) Застрахованному. В этом случае, Страховщик не оплачивает все виды расходов, возникших с даты предполагаемой медицинской транспортировки и разрешенной медицинской документацией.
- 5.6.2. Отказа Застрахованного на перевод/транспортировку в другую клинику или медицинскую эвакуацию, если эта транспортировка была разрешена врачом, и не было медицинских противопоказаний для ее проведения предложенным способом. С момента этого отказа Страховщик не покрывает дальнейшие расходы на медицинские и иные услуги
- 5.7. Дополнительный перечень событий, не относящихся к страховым случаям (заболевания, состояния и виды медицинских услуг) приведен в **Приложении №1** к настоящим Правилам «Условия предоставления услуг в рамках ДМС» (далее-

Условия) или может являться самостоятельным приложением к конкретному Договору страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

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

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

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Договор добровольного медицинского страхования на основании настоящих Правил может быть заключен:
- 7.1.1. на бумажном носителе при обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своём намерении заключить Договор добровольного медицинского страхования.
- 7.1.1.1. Страховщик вправе предложить Страхователю заключить договор страхования на определенных условиях, путем направления Страхователю договора страхования в виде оферты. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается акцептом Страхователя, полученного Страховщиком в порядке и сроки, предусмотренные такой офертой.
- 7.1.1.2. при достижении обоюдного согласия сторонами такой Договор может быть подписан с использованием факсимильной печати и подписи Страховщика и Страхователя (их уполномоченных представителей), а также направлен по электронной почте и/или с использованием специальных зашифрованных каналов связи таких как, включая, но не ограничиваясь: VPN, FTP, HTTPS, SFTP, API.
- 7.1.2. в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) Страховщика с одной стороны и УКЭП Страхователя с другой стороны (если Страхователем является юридическое лицо) или акцептованного Страхователем (если Страхователем является физическое лицо) путем оплаты страховой премии в соответствии с п. 2 ст. 434 ГК РФ и статьи 6.1 Закона РФ «Об организации

страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 через официальный сайт Страховщика (www.reso-life.ru)

- 7.2. При оформлении Договора в стандартном порядке Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. Основанием для заключения такого Договора страхования является письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц. Также для заключения Договора страхования Страховщику (по его запросу) должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица.
- 7.3. Основанием для заключения Договора в электронном формате, является соответствующее заявление Страхователя, созданное и отправленное Страховщику с использованием его официального сайта www.reso-life.ru в порядке, указанном в настоящих Правилах. Договор, оформленный электронным способом, считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.
- 7.3.1. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе в виде условия страхования и/или анкеты на сайте Страховщика, для заключения Договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpeg и т.д.).
- 7.3.2. Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме подписывается страхователем-физическим лицом простой электронной подписью или усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП), а страхователем – юридическим лицом - УКЭП.
- 7.3.3. При заключении Договора страхования Страховщик направляет Страхователю электронный страховой полис, заверенный УКЭП Страховщика. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального Закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный УКЭП Страховщика, признаётся электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.
- 7.3.4. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями Договора страхования, выбранными им Программами страхования и настоящими Правилами. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и Договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками-подтверждениями, предоставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Страховщика. Оплата страховой премии Страхователем – физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г. означает согласие Страхователя с заключением Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.
- 7.3.5. Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированные на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной Программе страхования, и на основе которых заключён Договор страхования, дополнительно включается в текст страхового полиса.
- 7.4. В случае необходимости, помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, для заключения Договора страхования, Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления дополнительных документов и сведений, указанных в п. **6.5** Правил
- 7.5. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:
- наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
 - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;

- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;
 - Страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
 - Численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по договору страхования;
 - Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
 - условия страхования;
 - срок действия договора страхования;
 - размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты
 - страховая сумма
 - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
- 7.5.1. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:
- Ф.И.О. Страхователя;
 - домашний адрес и телефон Страхователя;
 - паспортные данные Страхователя;
 - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
 - Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;
 - Страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
 - Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору;
 - условия страхования;
 - срок действия договора страхования;
 - размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
 - страховая сумма
 - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
- 7.6. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.
- 7.6.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.
- 7.6.2. Страховая программа, являющаяся приложением к Договору страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.
- 7.7. После заключения Договора страхования Застрахованным лицам может вручаться сертификат, являющийся именным документом, удостоверяющим факт страхования и право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования. К Сертификату прилагается Памятка с информацией по порядку получения медицинской помощи и перечнем доступных медицинских учреждений.
- 7.7.1. Сертификат содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования.
- 7.7.2. Сертификат выдается Страхователю/застрахованному в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу.

- 7.7.3. В случае утраты сертификата в период действия договора страхования Страхователю/Застрахованному выдается дубликат в электронном виде.
- 7.7.4. Страхователю/Застрахованному запрещается передавать сертификат другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.
- 7.7.5. По согласованию сторон, сертификаты и иные документы могут передаваться Страховщиком застрахованным в электронном виде посредством электронной почты, через мобильное приложение или Личный кабинет на веб-сайте Страховщика, HR-портал (Информационная система Страховщика), с помощью СМС и другими доступными способами.
- 7.8. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.
- 7.9. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в Договоре страхования или в Сервисный центр Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис либо сертификат, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 7.10. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора не предусмотрено иное.
- 7.11. При заключении договора сроком менее одного года, а также при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:

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

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года, при этом неполный месяц считается за полный

- 7.12. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо утрачивает право на получение медицинских услуг в случаях:
- 7.12.1. истечения срока действия;
 - 7.12.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
 - 7.12.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере (с учетом положений п.6.13 Правил);
 - 7.12.4. смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
 - 7.12.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
 - 7.12.6. признания судом договора страхования недействительным;

- 7.12.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.
- 7.13. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме условий, изложенных в пп. **7.20 и 7.21** настоящих Правил.
- 7.14. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего Договора страхования (если предусмотрено условиями Договора) и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же Договору (если это предусмотрено условиями Договора).
- 7.14.1. В случае смерти Застрахованного лица, в течение срока действия Договора, Страховщик производит возврат неиспользованной части страховой премии за неистекший период страхования при условии предоставления заявления, документов о смерти, а для наследников также свидетельство о праве на наследство. Неистекшим периодом страхования, при этом, считается срок, исчисляемый с даты смерти Застрахованного, до даты окончания оплаченного периода действия Договора. Неиспользованная часть страховой премии, при этом возвращается Страхователю, или в случае, если Страхователь и Застрахованный - одно и то же физическое лицо, законному наследнику (при предъявлении свидетельства о праве на наследство). Расчет неиспользованной части страховой премии за неистекший период страхования производится по формуле, приведенной в п. **7.17** настоящих Правил.
- 7.15. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.
- 7.16. В случае прекращения договора страхования, оформленного не в электронном формате, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат.
- 7.17. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

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

- НСП - Неиспользованная страховая премия
 n - количество оплаченных страховых взносов
 D_к - Число дней до окончания оплаченного периода
 Bз - Сумма фактически оплаченных страховых взносов
 K_{рвд} - Коэффициент расходов на ведение дела (по умолчанию 20%, если иное не предусмотрено Договором страхования)
 D_{опл} - Число дней оплаченного периода

- 7.18. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные (заведомо ложные) сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, или иные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.
- 7.19. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить организацию и оплату медицинской

и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) данных заболеваний, их последствий и осложнений.

7.20. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее - до даты начала действия страхования).
- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

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

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

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

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

7.21. Страхователь-физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в случае, если до его заключения Страховщик:

- а) не предоставил ему «Ключевой информационный документ об условиях договора добровольного страхования» (далее - КИД), предоставление которого регламентировано нормативным актом Банка России;
- б) информация, содержащаяся в КИД, не соответствует условиям заключенного договора страхования (является неполной или недостоверной).

7.21.1. Отказ от договора страхования осуществляется путем подачи заявления об отказе от договора страхования с указанием одного из перечисленных в п. **7.21** Правил оснований.

При этом в случае, если страхователь отказывается от договора страхования по основанию «б» п. **7.21** Правил, в заявлении об отказе Страхователь обязан указать в какой конкретно части информация, содержащаяся в КИД, не соответствует условиям заключенного договора страхования.

7.21.2. Обстоятельствами, свидетельствующим о непредоставлении Страхователю КИД, в зависимости от условий и способа заключения договора могут являться:

- а) отсутствие подписи Страхователя, свидетельствующей о получении КИД;
- б) ненаправление Страховщиком на указанный страхователем адрес электронной почты электронного письма, содержащего КИД;
- в) иные случаи, когда Страховщик не имеет возможности подтвердить факт предоставления Страхователю КИД.

7.21.3. Договор страхования досрочно прекращается с даты получения заявления об отказе от договора страхования при наличии обстоятельств, свидетельствующих о непредоставлении Страхователю КИД (перечисленных в п. **7.21.2**), или подтверждающих факт несоответствия информации, содержащейся в КИД, условиям заключенного договора страхования.

В случае, если заявление об отказе от договора страхования не содержит информации, предусмотренной п.7.21.1 Правил, а также в случае, если информация, содержащаяся в заявлении об отказе от договора страхования, не соответствует действительности (при наличии мотивированного обоснования у Страховщика или возможности документально подтвердить факт предоставления КИД) договор страхования продолжает действовать.

- 7.21.4. При досрочном прекращении договора страхования в соответствии с п.7.21.3 Правил Страховщик в течение 7 (семи) дней с даты получения Заявления об отказе от договора страхования возвращает Страхователю часть страховой премии, исчисленной пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, при условии, что до даты получения соответствующего заявления Страховщиком не производились страховые выплаты по расторгаемому договору страхования.
- 7.21.5. В случае, если страхователем заявляется отказ от договора комбинированного страхования на том основании, что в отношении определенного риска, относящегося к определенному виду страхования, ему не была предоставлена, либо была предоставлена неполная или недостоверная информация об условиях договора страхования, то отказ страхователя от договора страхования на условиях п.7.21.1 Правил, а также возврат страховой премии осуществляется только в отношении вида страхования, к которому относится риск, применительно к которому был заявлен отказ.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:
- 9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
- 9.1.2. ознакомиться с информационными материалами по Договору страхования в электронном виде через сайт Страховщика www.reso-life.ru, интернет – ресурс «Личный кабинет» на сайте Страховщика <https://life.reso.ru/CIInvestLife/> или Личный кабинет, расположенный в мобильном приложении RESO Mobile (далее Личный кабинет)
- 9.1.3. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
- 9.1.4. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;
- 9.1.5. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком, и уплатить дополнительную страховую премию;

- 9.1.6. досрочно прекратить договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;
- 9.1.7. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.1.8. получить дубликат сертификата в случае его утраты;
- 9.1.9. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 9.1.10. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;
- 9.1.11. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.
- 9.1.12. Получать информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика.
- 9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:
- 9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;
- 9.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику запрошенные им достоверные документы и сведения, влияющие на степень страхового риска.
- При предварительном анкетировании: достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц;
 - При отсутствии анкетирования сообщить о следующих фактах состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование (при условии, что Страхователь располагает данной информацией):
 - Наличии I-ой или II-ой группы инвалидности;
 - Наличии онкологических заболеваний, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета
 - Наркозависимости, алкоголизме
- 9.2.3. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
- 9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;
- 9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата, и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;
- 9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
- 9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;
- 9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п. **9.4.7** настоящих Правил в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.
- 9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их-

- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.**9.2.10** настоящих Правил письменные согласия Застрахованных лиц.
- 9.3. Страховщик обязан:
- 9.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;
 - 9.3.2. выдать страховой полис Страхователю;
 - 9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;
 - 9.3.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом, объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем Субъекте Российской Федерации.
 - 9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);
 - 9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 9.3.7. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
 - 9.3.8. соблюдать тайну страхования;
 - 9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.**9.1.10** настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.
 - 9.3.10. Предоставлять Страхователю/застрахованному информацию об объеме услуг, порядке получения медицинской помощи, условиях Договора страхования и другую информацию по страхованию по телефону, электронной почте, почтовой связи, на сайте Страховщика.
- 9.4. Страховщик имеет право:
- 9.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
 - 9.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.**9.2** настоящих Правил, если это предусмотрено действующим законодательством;
 - 9.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения и компетентные органы о факте и причинах страхового случая. При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения, в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы, приостанавливается до момента получения ответа, но не более, чем на 30 дней с момента направления запроса, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него (либо 30-дневный срок, в зависимости, что наступит ранее) не включается в срок, предусмотренный пп.**11.4, 11.7.3** настоящих Правил.
 - 9.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;
 - 9.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

- 9.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
- 9.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:
- эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; ложный вызов врача на дом; неявка Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование; утеря страховых полисов или сертификатов и т.д.)
 - предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп. **5.2, 5.3** настоящих Правил)
- 9.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении услуг, указанных в п. **9.4.7** настоящих Правил
- 9.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.
- 9.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и уплачивает дополнительную страховую премию за неистекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.
- 9.6. По запросу Страхователя/ застрахованного, полученному Страховщиком после заявления о событии, имеющем признаки страхового случая, ознакомить с положениями Разделов **10, 11** настоящих Правил страхования.

10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 10.1. Сервисный центр, при наступлении страхового случая, содействует в организации медицинской и иной помощи Застрахованному, информирует его о порядке предоставления этой помощи, даёт рекомендации по дальнейшим действиям.
- 10.2. Для получения медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования, Застрахованный (его Представитель) обязан:
- 10.2.1. Обратится в Сервисный центр по круглосуточным телефонам, указанным в Договоре страхования и сообщить следующую информацию:
- Фамилию Имя Отчество Застрахованного
 - Дату рождения Застрахованного
 - Номер страхового полиса (Сертификата)
 - Описать возникшую проблему, обстоятельства, жалобы, характер требуемой медицинской или иной помощи
 - Сообщить точное местонахождение Застрахованного - адрес, название учреждение, контактный телефон
 - Ответить на иные вопросы специалиста Сервисного центра
- 10.2.2. Обратиться напрямую в медицинское учреждение для получения медицинской помощи, если это предусмотрено условиями Договора страхования или такое обращение предварительно согласовано Сервисным центром Страховщика.
- 10.2.3. Строго следовать инструкциям сотрудника Сервисного центра, согласовывать все свои действия.
- 10.2.4. Предъявить по требованию в медицинском учреждении страховой Полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность с фотографией при получении услуг, организованных Сервисным центром.

- 10.2.5. Не давать в залог паспорт и иные документы; не давать расписки и не брать на себя обязательства по оплате медицинских услуг без согласования с Сервисным центром.
- 10.2.6. Оплатить сумму франшизы, если она предусмотрена Договором страхования.
- 10.2.7. Соблюдать предписания лечащего врача и порядок, установленный в медицинском учреждении.
- 10.2.8. При наступлении страхового случая дать согласие на медицинскую репатриацию в регион страны постоянного проживания, если, по мнению врача Сервисного центра, основанному на данных медицинских документов из медицинского учреждения, она возможна и необходима. Отказ Застрахованного дать это согласие, влечет утрату прав Застрахованного на покрытие Страховщиком дальнейших расходов на его лечение и пребывание в клинике на территории временного пребывания. Страховщик не оплачивает и не возмещает расходы, возникшие с даты предложенной медицинской репатриации в случае отказа Застрахованного от медицинской репатриации.
- 10.2.9. Подписать по указанию Сервисного центра документы, подтверждающие согласие Застрахованного на доступ Страховщика или его представителя к любой информации о состоянии его здоровья, оказанных медицинских услугах, ознакомление с медицинской документацией, получение копий этих документов. Форма согласия представляется клиникой и/или Сервисным центром.
- 10.2.10. В отдельных случаях, когда невозможно организовать медицинские и иные услуги без оплаты на месте, и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Застрахованный сам оплачивает услуги, организованные Сервисным центром или предварительно согласованные с ним. После чего подаёт Страховщику документы для рассмотрения вопроса о страховом возмещении, в порядке определённым Правилами и Договором страхования.
- 10.2.11. Застрахованный (его Представитель), при невозможности обратиться в Сервисный центр в момент наступления страхового события (или носящим признаки такого) должен сделать это при первой возможности.
- 10.3. Страховщик не несёт ответственности за качество оказанных медицинских услуг.
- 10.4. В случае самостоятельного обращения Застрахованного в медицинское учреждение для получения медицинских услуг без согласования с Сервисным центром, Страховщик оставляет за собой право принять решение об отказе в компенсации или о степени участия последнего в урегулировании убытков по данному случаю.
- 10.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях
- 10.6. В целях установления обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая, отсутствие которых не позволяет Страховщику принять решение о выплате страхового возмещения, Страховщик вправе направлять запросы в компетентные органы (о чем Страховщик уведомляет Страхователя (Застрахованного/Выгодоприобретателя). При этом срок для принятия решения о выплате страхового возмещения в случае направления Страховщиком запроса в компетентные органы приостанавливается до получения ответа, но не более, чем на 30 дней с момента направления запроса, а период времени с момента направления запроса в компетентные органы и до момента получения Страховщиком ответа на него (либо 30-дневный срок, в зависимости, что наступит ранее) не включается в срок, предусмотренный п.11.4 настоящих Правил.

11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 11.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.

- 11.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате, для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
- 11.3. Страховая выплата - оплата стоимости медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими и/или иными учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и/или иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским и/или иным учреждением, после выставления медицинским и/или иным учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.
- 11.3.1. В случае, когда остатка страховой суммы по риску не достаточно для оплаты расходов Застрахованного, связанных со страховым случаем (например, стоимость репатриации превышает остаток страховой суммы), Страховщик возмещает Застрахованному, а в случае его смерти - законному представителю или оплачивает учреждению, понесшему реальные расходы по урегулированию страхового случая, часть расходов, равную величине оставшейся страховой суммы.
- 11.4. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.
- 11.5. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.
- 11.5.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования
- 11.5.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.
- 11.6. Не является страховым случаем, и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:
- 11.6.1. Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;
- 11.6.2. Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- 11.6.3. медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
- 11.6.4. медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
- 11.6.5. данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, а также вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
- 11.6.6. данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;
- 11.6.7. данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
- 11.6.8. это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.
- 11.7. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о страховой выплате в виде возмещения расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.

- 11.7.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а так же подтверждаются документами, перечисленными в п.11.8 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.
- 11.7.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.
- 11.7.3. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.
- 11.7.4. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, страховщик обязан:
- принять их, но при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
 - уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.
- 11.7.5. Если получателем возмещения расходов не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением, Страховщик вправе требовать предоставление документа, удостоверяющего личность получателя выплаты, а также доверенность от заявителя на получение возмещения. В этом случае срок принятия решения начинается течь не ранее получения страховщиком данного документа.
- 11.8. Для осуществления выплаты в соответствии с п.11.7. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:
- 11.8.1. Письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр;
- 11.8.2. Страховой полис;
- 11.8.3. Медицинская выписка Застрахованного из медицинского учреждения с указанием: Фамилии, Имени, Отчества Застрахованного, даты рождения, истории заболевания, жалоб, диагноза при поступлении, перечня и результатов проведенных инструментальных и лабораторных обследований, проведенного лечения, динамики состояния, сроков лечения, рекомендациями, при стоматологической помощи необходимо указать какие именно зубы подверглись лечению;
- 11.8.4. Выписанные врачом рецепты на приобретение лекарственных препаратов, с указанием Фамилии Имени Отчества Застрахованного и врача, название лекарственного препарата, количества, дозы и порядка применения, даты оформления рецепта;
- 11.8.5. Направление на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
- 11.8.6. Счета медицинских и иных учреждений за оказанные услуги (на фирменном бланке с соответствующим штампом), с указанием Фамилии Имени Отчества пациента, даты рождения, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с детализацией по дате и стоимости, а так же общей суммы к оплате. Для рассмотрения вопроса о страховом возмещении от Застрахованного принимаются только оплаченные счета;
- 11.8.7. Счета транспортных и иных компаний, услугами которых пользовался Застрахованный для организации медицинской помощи;

- 11.8.8. Счета организаций, занимавшихся репатриацией (в том числе, посмертной) Застрахованного с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
 - 11.8.9. Документы, подтверждающие факт оплаты предоставленных счетов;
 - 11.8.10. Посадочные талоны;
 - 11.8.11. Проездные документы;
 - 11.8.12. Полицейский протокол и/или иной документ его заменяющий, с указанием обстоятельств произошедшего события (ДТП, причинение вреда здоровью / смерти третьим лицам, смерть Застрахованного вне медицинского учреждения);
 - 11.8.13. Информационную карту с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным путём;
 - 11.8.14. Документы, подтверждающие родство с Застрахованным;
 - 11.8.15. Свидетельство о рождении, документ об опекунстве при представлении интересов несовершеннолетнего / недееспособного лица;
 - 11.8.16. Документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисный центр;
 - 11.8.17. Подтверждение об обстоятельствах смерти (месте, причине и дате), месте захоронения;
 - 11.8.18. выписка (эпикриз) из стационара в случае, если смерть наступила при нахождении в стационаре или в течение 10 дней после госпитализации, и заверенный подписью и печатью медицинского учреждения;
 - 11.8.19. Медицинское заключение о смерти, свидетельство о смерти;
 - 11.8.20. Договор с похоронной организацией на подготовку и транспортировку тела умершего (груз–200) /урны, квитанции/чеки об оплате;
 - 11.8.21. Грузовая накладная и заявка отправителя о транспортировке тела (груза-200)/урны;
 - 11.8.22. Документальное подтверждение о проведении бальзамирования/кремирования, стоимости услуги, квитанции/чеки об оплате;
 - 11.8.23. Документальное подтверждение о необходимости приобретения гроба/урны и иных расходных материалов для транспортировки тела/праха;
 - 11.8.24. Обоснование необходимости осуществления перевода паспорта Застрахованного на русский язык, квитанции/чеки об оплате перевода.
- 11.9. Прилагаемые медицинские и финансовые документы из медицинских и иных учреждений должны быть подлинными, оформленными на фирменном бланке учреждения, с указанием его названия, адреса, контактов, с соответствующими подписями и печатями.
- 11.10. Все документы, предусмотренные настоящим разделом и предоставляемые Страховщику в связи со страховыми выплатами, должны быть составлены на русском языке. Если предоставляемые Страховщику документы выданы на территории иностранного государства, то они должны иметь перевод на русский язык, заверенный нотариально или специализированной организацией, осуществляющей перевод документов с иностранных языков (бюро переводов). Расходы по сбору документов и их переводу оплачивает заявитель. Медицинские документы предоставляются в виде оригиналов, заверенных штампом и печатью лечебного учреждения, подписью врача с расшифровкой фамилии (подписью и печатью врача), либо в виде копий, заверенных должностным лицом медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.
- 11.11. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.
- 11.12. Страховщик в течение 15 банковских дней с момента получения всех необходимых документов, рассматривает заявление на страховую выплату и по истечении этого срока:
- Либо принимает решение о полной страховой выплате;
 - Либо принимает решение о частичной страховой выплате (с письменным уведомлением Застрахованного / его Представителя);
 - Либо отказывает в выплате страхового возмещения (с письменным уведомлением Застрахованного / его Представителя);
 - Либо отсрочивает срок выплаты для проведения дополнительного расследования, в том числе сделав запросы на получение дополнительных

документов, информации (с письменным уведомлением Застрахованного / его представителя)

- 11.13. Решение об отказе (частичном, полном) в страховом возмещении, а также об отсрочке принятия решения по данному случаю принимается Страховщиком на основании Правил и Договора страхования и сообщается Застрахованному/его Представителю в письменной форме с обоснованием причин отказа.
- 11.14. В случае принятия Страховщиком решения о полной или частичной страховой выплате в соответствии с п.11.12 настоящих Правил Страховщик производит выплату в течение 5-ти банковских дней.
- 11.15. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:
 - 11.15.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги,
 - 11.15.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, а также с предоставлением самих медицинских услуг;
 - 11.15.3. за лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в аптеках по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой
 - 11.15.4. за койко-день при стационарном, стационар-замещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;
 - 11.15.5. за услуги по комплексному диспансерному/профилактическому наблюдению Застрахованных в течение всего срока действия договора страхования с целью своевременного выявления и профилактики различных заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний;
 - 11.15.6. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 12.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.
- 12.2. Согласие на обработку персональных данных Страхователя/ персональных данных Застрахованного лица (далее – ПД) дается в целях заключения Договора, осуществления страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку ПД в течение действия Договора, а также в течение 5 лет после прекращения его действия.
- 12.3. Согласие на обработку персональных данных Страхователя/ персональных данных Застрахованного лица предоставляется в отношении обработки следующих, в том числе специальных, ПД: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья и диагнозах, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.
- 12.4. Согласие на обработку персональных данных Страхователя/ персональных данных Застрахованного лица предоставляет Страховщику право осуществлять все действия с ПД, включая, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения Страхователя/ Застрахованного об услугах и предложениях (акциях) Страховщика. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать ПД, в том числе специальные ПД, в Сервисную компанию, медицинские и экспертные учреждения и перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений и организаций данные о Страхователе/

Застрахованном. Передача ПД Страхователя/ Застрахованного иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Страхователя/ Застрахованного.

12.5. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:

12.5.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;

12.5.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.

12.6. действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

12.7. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

13.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.

13.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

15. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ

Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Страхователем/ застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

При наличии разногласий между Страхователем/Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска, Страхователь/застрахованный направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации к их оформлению и содержанию, предусмотренные Правилами страхования (условиями договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя/ Застрахованного.

Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес Страховщика по месту принятия от Страхователя/Застрахованного заявления о страховом случае.

Претензия Страхователя/Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон об уполномоченном по правам

потребителей финансовых услуг), Страхователь/Застрахованный должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Страхователя/Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

- в течение тридцати дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Страхователь/Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

Приложение № 1 «У С Л О В И Я предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования»

к Правилам медицинского страхования граждан

Страховщик при заключении конкретного Договора страхования вправе использовать любой из приведенных вариантов «Условий предоставления медицинских услуг в рамках ДМС» или разработать иной вариант Условий, основанный на требованиях тендерного задания или других данных, представленных Страхователем Страховщику до заключения Договора и расчета страховой премии.

Изменения положений Условий, влияющих на степень страхового риска, могут повлечь за собой изменение размера страховой премии в соответствии с п.8.2 настоящих Правил.

Условия предоставления медицинских услуг составлены в соответствии и на основании настоящих Правил, дополняют Правила и Страховые программы, являющиеся приложением к Договору,

При противоречии положений Условий положениям Страховой программы, применяются соответствующие положения Страховой программы.

ВАРИАНТ А

- | | |
|--|--|
| <p>1. <u>Страховым случаем является</u> Обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях¹ за получением помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Страховой программой</p> <p>2. <u>Страховым случаем не являются, если иное не указано в Страховой программе:</u></p> <p>2.1 новообразования: онкологические заболевания, их осложнения и последствия; злокачественные заболевания крови и лимфы, их осложнения и последствия; доброкачественные новообразования нервной системы, их осложнения и последствия;</p> <p>2.2 особо опасные инфекции: натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф; вирусные геморрагические лихорадки;</p> <p>2.3 ВИЧ-инфекция; венерические заболевания;</p> <p>2.4 психические расстройства и их последствия; наркомания, алкоголизм и их последствия;</p> <p>2.5 туберкулез; псориаз;</p> <p>2.6 заболевания печени/почек: хронические гепатиты; цирроз печени; почечная недостаточность, требующая проведения гемодиализа; печеночная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;</p> <p>2.7 заболевания, требующие трансплантации, их последствия и осложнения; заболевания, требующие имплантации, их последствия и осложнения; заболевания, требующие протезирования, их последствия и осложнения, (за исключением случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая произошедшего в течение срока действия Договора, что подтверждается соответствующими Документами); заболевания, требующие пластической</p> | <p>хирургии, их последствия и осложнения; ортопедические операции и их осложнения;</p> <p>2.8 стационарное лечение осложнений сахарного диабета;</p> <p>2.9 врожденные заболевания: врожденные заболевания; заболевания, обусловленные наследственной/генетической этиологией; пороки и аномалии развития;</p> <p>2.10 системные заболевания соединительной ткани; ревматические заболевания и их последствия;</p> <p>2.11 демиелинизирующие заболевания нервной системы; дегенеративные заболевания нервной системы.</p> <p>3. <u>ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия» не возмещает стоимость следующих медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если иное не указано в Страховой программе:</u></p> <p>3.1 любые назначения без медицинских показаний: приемы профессоров и академиков; услуги по желанию застрахованного; услуги, назначенные врачами медицинских учреждений, и не включенные в Страховую программу;</p> <p>3.2 медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;</p> <p>3.3 методы традиционной медицины: иридодиагностика; аурикулодиагностика; акупунктурная диагностика; пульсодиагностика; энергоинформатика; цуботерапия; электроакупунктура; гирудотерапия; экспериментальные / авторские методики лечения и диагностики, не имеющие разрешения в соответствии с Законодательством РФ; медицинские технологии, не имеющие разрешения в соответствии с Законодательством РФ; фитотерапия; гомеопатия; диагностика по методу Фолля; ПЭТ;</p> |
|--|--|

- 3.4 услуги профилактического и оздоровительного характера: услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии) целях; услуги, оказываемые в косметических (в том числе в стоматологии) целях; услуги, оказываемые в оздоровительных целях, (в том числе лечение остеохондроза вне обострения); профилактический массаж; специфическая иммунотерапия; тренажеры; водные процедуры; мониторинговая очистка кишечника; сауна; солярий; бальнеолечение; манипуляции, выполняемые специалистами, с использованием аппаратных комплексов для лиц старше 18 лет; криотерапия; прессотерапия и лимфодренаж; альфа-капсула;
- 3.5 экстракорпоральные методы лечения: лазеротерапия крови; УФО крови; аутогемотерапия; плазмаферез; гемо-, лимфосорбция; гипер-, гипо – и нормобарическая оксигенация; озонотерапия;
- 3.6 услуги психотерапевта, гипноз;
- 3.7 услуги, проводимые с эстетической/ косметической целью и с целью улучшения психического состояния: коррекция веса; коррекция речи; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии; диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической / косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; удаление с эстетической/ косметической целью папиллом, бородавок, моллюсков, невусов и пр.; лечение осложнений, вызванных проведенными косметическими процедурами/операциями;
- 3.8 репродуктивное здоровье: контрацепция; искусственное оплодотворение, последующие осложнения; исследование и коррекция репродуктивной функции, в том числе лечение бесплодия и импотенции;
- 3.9 беременность и роды: ведение беременности (после ее установления), при отсутствии риска "Ведение беременности" в программе; патология беременности, за исключением госпитализации в ургентной ситуации по витальным показаниям (при наличии риска "Стационар экстренный" в Страховой программе) сроком до 3-х суток при сроке беременности не более 12 недель; осложнения/патологические последствия беременности при отсутствии риска «Ведение беременности» в программе; аборты (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая) и их осложнения; роды и их осложнения, при отсутствии риска "Роды" в программе;
- 3.10 стоматология: хирургическое лечение заболеваний пародонта (за исключением купирования острых состояний); ортодонтия; имплантация зубов; все виды стоматологического протезирования и подготовка к нему (за исключением тех случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, что будет подтверждено документально²);
- 3.11 госпитализация в палаты повышенной комфортности; услуги дневного стационара (в случае отсутствия у Застрахованного в Страховой программе риска «Стационар плановый и экстренный»); стационара одного дня (в случае отсутствия у Застрахованного в Страховой программе риска «Стационар плановый и экстренный»); подготовка к госпитализации (в случае отсутствия у Застрахованного в Страховой программе риска «Стационар плановый и экстренный»); стационарозамещающие манипуляции/технологии (в случае отсутствия у Застрахованного в Страховой программе риска «Стационар плановый и экстренный»); роботоассистированные операции; госпитализация для получения попечительского ухода; госпитализация для получения реабилитационного лечения;
- 3.12 медицинская документация без медицинских показаний: обследование с целью выдачи справок на вождение автомобиля; обследование с целью выдачи справок на право ношения оружия; обследование с целью выдачи справок для трудоустройства; обследование с целью выдачи справок для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; обследование с целью выдачи справок для поступления в учебные заведения; обследование с целью выдачи справок для оформления выезда за рубеж; обследование с целью выдачи справок для приобретения банковских и иных страховых продуктов; обследование с целью выдачи справок для военкоматов;
- 3.13 расходные материалы и дорогостоящие препараты: покрытие расходов на дорогостоящие лекарственные препараты (стоимость одного препарата на один курс лечения превышает двадцать пять тыс.руб.); расходный материал, кроме применяемых при реанимационных мероприятиях; очки; контактные линзы; слуховые аппараты; имплантаты; протезы; дополнительные медицинские устройства и приспособления, в т.ч. требующиеся в ходе оперативного вмешательства; другие корригирующие устройства и приспособления; расходы на примерку и подгонку устройств и приспособлений, перечисленных в пунктах 3.13;
- 3.14 услуги, связанные с подготовкой и проведением манипуляций, лечением заболеваний, перечисленных в пунктах 2 и 3 и/или не предусмотренных Страховой программой;
- 3.15 медицинские услуги, необходимость в которых возникла вследствие несоблюдения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача;
- 3.16 медицинские услуги, оказанные не в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и Стандартами медицинской помощи, закрепленным Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации".

- 4.1 Если срок действия договора закончился, а лечение по острому текущему заболеванию Застрахованного не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг: при амбулаторном лечении – консультации лечащего врача по основному заболеванию до окончания острого периода; при госпитализации – до купирования ургентного состояния.
- 4.2 Плановая госпитализация осуществляется не менее, чем за 14 дней до окончания действия договора страхования.
- 5 Заболевания, перечисленные в п.2, а также наличие инвалидности по любым заболеваниям являются значительными факторами, существенно влияющими на величину страхового риска. Если установлено, что договор страхования заключен в отношении лиц, имеющих данные заболевания и/или инвалидность, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности в течение срока действия договора страхования, ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия"» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному до момента установления диагноза/группы инвалидности. В дальнейшем, ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия"» имеет право потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии

соразмерно увеличению степени риска. При несогласии Страхователя Страховщик имеет право прекратить действие договора в отношении такого Застрахованного с уведомлением об этом Страхователя и Застрахованного.

- 6 К расчетной страховой премии по Страховым программам применяются поправочные коэффициенты в зависимости от возраста, наличия хронических заболеваний и гражданства застрахованных:
- возрастные коэффициенты: 1.6 - для лиц старше 60 лет; 2.0 - для лиц старше 70 лет; лица старше 80 лет на страхование не принимаются;
 - при наличии/выявлении хронических заболеваний - повышающие коэффициенты от 1.1 до 5;
 - иностранные граждане – повышающий коэффициент от 1.5 до 2.5 (устанавливается в зависимости от выбранного медицинского учреждения);
 - иные коэффициенты, предусмотренные действующими Правилами медицинского страхования граждан.
- При наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

1. Несчастными случаями считаются события, фактически происшедшие извне, возникшие внезапно, непредвиденно, помимо воли Застрахованного.

2. Для подтверждения произошедшего несчастного случая должны быть представлены следующие документы: оригинал страхового полиса; документы, подтверждающие факт произошедшего несчастного случая (справка медицинского учреждения, подтверждающая факт травмы); иные документы по требованию Страховщика, подтверждающие факт и причину наступления несчастного случая; документ, удостоверяющий личность. Если для принятия решения Страховщику потребуются дополнительная информация, он имеет право требовать от Застрахованного лица прохождения медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза проводится в указанном Страховщиком лечебном учреждении.

ВАРИАНТ Б

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях¹ за получением помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Страховой программой.

1. Страховым случаем не являются, если иное не указано в Страховой программе:
 - 1.1. онкологические заболевания, злокачественные заболевания крови и лимфы, любые опухоли нервной системы, их осложнения и последствия;
 - 1.2. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф; вирусные геморрагические лихорадки и другие заболевания, по которым в период действия договора страхования будет объявлена пандемия и/или которые будут внесены в Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих);
 - 1.3. ВИЧ-инфекция; венерические заболевания; урогенитальные инфекции (обследование сверх указанного объема, повторное обследование и лечение);
 - 1.4. психические расстройства и их последствия; эпилепсия; наркомания, алкоголизм;
 - 1.5. туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
 - 1.6. хронические гепатиты, цирроз печени; почечная/печеночная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;
 - 1.7. заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии, и их осложнения, ортопедические операции и их осложнения, если в Договоре не предусмотрено иное;
 - 1.8. сахарный диабет I и II типов и его осложнения;
 - 1.9. врожденные аномалии и пороки развития; наследственные и генетические заболевания;
 - 1.10. системные заболевания соединительной ткани, ревматические заболевания и их последствия (в том числе воспалительные полиартриты);
 - 1.11. демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы.
2. ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия» не возмещает стоимость следующих медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если иное не указано в Страховой программе:
 - 2.1. любые назначения без медицинских показаний либо предписанные врачами ЛПУ, не включенных в Страховую программу;
 - 2.2. медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;
 - 2.3. методы традиционной диагностики: ириодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электро-akupunktura, гирудотерапия, экспериментальные/авторские методики лечения и диагностики, в т.ч. не имеющие разрешения на применение новых медицинских технологий, выданного Росздравнадзором; фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля; ПЭТ и т.д.;
 - 2.4. услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, специфическая иммунотерапия; тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, сауна, солярий, бальнеолечение и прочее;
 - 2.5. экстракорпоральные методы лечения: лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, аутогемотерапия, плазмафрез, гемо-, лимфосорбция; гипер-, гипо- и нормобарическая оксигенация; манипуляции, выполняемые специалистами, с использованием аппаратных комплексов; роботоассистированные операции; криотерапия, прессотерапия и лимфодренаж, альфа-капсула, ударно-волновая терапия;
 - 2.6. услуги психотерапевта, гипноз;
 - 2.7. коррекция веса, речи; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии;
 - 2.8. контрацепция; искусственное оплодотворение; исследование и коррекция репродуктивной функции, в том числе лечение бесплодия и импотенции;
 - 2.9. беременность (кроме консультации гинеколога до 8 недель); патология беременности, за исключением госпитализации в ургентной ситуации по витальным показаниям (при наличии риска «Госпитализация» в Страховой программе) сроком до 3 суток при сроке беременности не более 12 недель; аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая (при наличии риска «Стационар экстренный» в Страховой программе).
 - 2.10. Если беременность наступила в период действия Договора страхования, Договор сохраняет свою силу только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью, родами и их осложнениями;
 - 2.11. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической/косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, бородавки, моллюски, невусы и пр.); лечение осложнений, вызванных проведенными косметическими процедурами/операциями.
 - 2.12. В стоматологии: все виды протезирования и подготовка к нему (за исключением тех случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования, что будет подтверждено документально);
 - 2.13. хирургическое лечение заболеваний пародонта ортодонтия; депоферез; имплантация зубов;
 - 2.14. госпитализация в одноместные палаты и палаты повышенной комфортности (люкс, полулюкс и т.п.), стационар одного дня, подготовка к госпитализации и стационарозамещающие манипуляции/ технологии (в случае отсутствия у Застрахованного в Страховой программе риска «Стационар плановый и экстренный»); госпитализация для получения попечительского ухода либо реабилитационного лечения;
 - 2.15. обследование с целью выдачи справок на вождение автомобиля, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; для приобретения банковских и иных страховых продуктов, для военкоматов;

- 2.16. покрытие расходов на дорогостоящие лекарственные препараты³ и расходный материал (кроме применяемых при реанимационных мероприятиях), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, протезы, дополнительные медицинские устройства и приспособления, в т.ч. требующиеся в ходе оперативного вмешательства, а также других корректирующих устройств и приспособлений, включая расходы на подгонку размеров;
- 2.17. лечение последствий наркотической и алкогольной интоксикаций;
- 2.18. услуги, связанные с подготовкой и проведением манипуляций, лечением заболеваний, перечисленных в п.п. 1, 2 и/или не предусмотренных Страховой программой;
- 2.19. медицинские услуги, необходимость в которых возникла вследствие несоблюдения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача;
- 2.20. медицинские услуги, оказанные не в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и Стандартами медицинской помощи, закрепленными Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Если срок действия Договора закончился, а лечение по острому текущему заболеванию Застрахованного не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг: при амбулаторном лечении – консультации лечащего врача по основному заболеванию до окончания острого периода; при экстренной госпитализации – до купирования ургентного состояния, но не более 14 дней. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия договора страхования.
4. Заболевания, перечисленные в п.1, а также наличие инвалидности по любым заболеваниям являются значительными факторами, существенно влияющими на величину страхового риска. Если установлено, что Договор страхования заключен в отношении лиц, имеющих данные заболевания и/или инвалидность, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности в течение срока действия Договора страхования ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному до момента установления диагноза/группы инвалидности. В дальнейшем ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия» имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска. При несогласии Страхователя Страховщик имеет право прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного с уведомлением об этом Страхователя и Застрахованного.
5. К расчетной страховой премии по Страховым программам применяются поправочные коэффициенты в зависимости от возраста, наличия хронических заболеваний и гражданства застрахованных:
- возрастные коэффициенты: 1,6 – для лиц старше 60 лет; 2,0 – для лиц старше 70 лет; лица старше 75 лет на страхование не принимаются;
 - при наличии/выявлении хронических заболеваний – повышающие коэффициенты от 1,1 до 5;
 - иностранные граждане – повышающий коэффициент от 1,5 до 2,5 (устанавливается в зависимости от выбранного ЛПУ);
 - иные коэффициенты, предусмотренные действующими Правилами медицинского страхования граждан;
 - при наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты

¹ Понятие «Несчастный случай» приведено в п.1.16. Правил.

² Для подтверждения произошедшего несчастного случая должны быть представлены следующие документы: оригинал страхового полиса; документы, подтверждающие факт произошедшего несчастного случая (справка медицинского учреждения, подтверждающая факт травмы); иные документы по требованию Страховщика, подтверждающие факт и причину наступления несчастного случая; документ, удостоверяющий личность. Если для принятия решения Страховщику потребуется дополнительная информация, он имеет право требовать от Застрахованного лица прохождения медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза проводится в указанном Страховщиком лечебном учреждении

³ Дорогостоящие лекарственные препараты – стоимость одного препарата на один курс лечения превышает пятнадцать тысяч рублей.

Приложение № 2 «СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ»

*к Правилам медицинского
страхования граждан*

СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ

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

Перечень медицинских и иных учреждений указывается в Договоре страхования.

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

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

Программа 1. «Личный врач»

Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении или на дому, в том числе с применением телемедицинских технологий;

Предоставляемые услуги:

- Сервисные услуги: круглосуточные консультации врачей Центра медицинской поддержки «РЕСО-Гарантия» по вопросам организации медицинской помощи, подбора медицинских учреждений, объема и качества предоставляемых медицинских услуг;
- Услуги личного врача: проведение первичного углубленного осмотра с составлением индивидуального плана обследования и лечения; осмотр на дому Застрахованных, которые по состоянию здоровья не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача; контроль и оценка результатов клинко-диагностических обследований и консультаций, проводимых по направлению личного врача, при предоставлении результатов;
- консультации врача по телефону;
- организация медицинской помощи в лечебном учреждении - направление к врачам специалистам и клинко-диагностические исследования;
- Медицинская документация: выдача листков нетрудоспособности и медицинских справок по медицинским показаниям;
- оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача справок, выписок и медицинских заключений;
- Плановые визиты личного врача: патронаж для детей до 1 года (согласно утвержденному графику) и для застрахованных старше 75 лет, если они по состоянию здоровья нуждаются в постельном режиме (1-2 раза в месяц по медицинским показаниям);
- Услуги среднего медицинского персонала: выполнение назначений врача - в лечебном учреждении или на дому, если это необходимо, по медицинским показаниям; забор анализов на дому, если это необходимо, по медицинским показаниям, и доставка их в лечебное учреждение;
- Организационные вопросы: рекомендации по санаторно-курортному лечению;

- подготовка к плановой госпитализации;
- рекомендации по рациональному питанию и физическим нагрузкам;
- оказание содействия в приобретении лекарственных препаратов;

Программа 2. «Врач фирмы»

Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении или в офисе застрахованного – сотрудника фирмы, в том числе с применением телемедицинских технологий;

Предоставляемые услуги:

- медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий;
- направление на прием к врачам-специалистам; медицинский осмотр на работе не более 1 раза в неделю; консультации по программе страхования и рекомендации по состоянию здоровья Застрахованного;

Программа 3. «Помощь на дому»

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

Помощь на дому оказывается в пределах административных границ города обслуживания (для Москвы – в пределах МКАД)¹ в режиме работы лечебного учреждения.

Вызов врача на текущий день производится до 12:00. При поступлении вызова в более позднее время, посещение врача может быть перенесено на следующий день или, при согласии клиента, может быть предложена неотложная консультация с применением телемедицинских технологий.

В случае необоснованного вызова (ложный вызов, отсутствие Застрахованного на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, отказ от осмотра в момент прибытия врача), Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком.

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторные осмотры врачом – терапевтом/педиатром на дому Застрахованных, которые по состоянию здоровья не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача.

Границы выезда врача Помощи на дому для продукта «Доктор РЕСО. Стандарт»:

- а. Москва и Московская область – до 30 км от МКАД*
- а. Санкт-Петербург и Ленинградская область: в пределах административной территории г. Санкт-Петербург, за исключением г. Зеленогорск; Всеволожский район: не далее населенных пунктов Всеволожск, Бугры, Новодевяткино, Мурино, Кузьмолowo, Заневка, Колтуши, Сертолово, Павлово, Разметелево, Юрки, Янино, Старая, Новосаратовка; Ломоносовский район: не далее КАД; Гатчинский район: не далее г. Коммунар.*
- б. Другие регионы: в административных границах границах города действия продукта*

¹ Страховой программой конкретного Договора страхования могут быть определены более широкие границы выезда врача помощи на дому

Программа 4. «Амбулаторная помощь»

Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Программа 4.1. Амбулаторная помощь для продукта «Доктор РЕСО. Стандарт»

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: аллерголога; гастроэнтеролога; гинеколога; дерматолога; кардиолога; трихолога (1 прием); маммолога; невропатолога; онколога (до установления диагноза); отоларинголога; офтальмолога; психиатра (1 прием); пульмонолога; терапевта; уролога; физиотерапевта; хирурга; эндокринолога; фониатора (1 прием) и других специалистов;
- медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача листков нетрудоспособности и медицинских справок по медицинским показаниям;
- лабораторная диагностика: биохимические исследования; онкомаркеры (3 маркера за период действия договора); гистологические исследования; гормональные исследования; иммунологические исследования; микробиологические исследования; общеклинические исследования; цитологические исследования; аллергодиагностика - скарификационные пробы; ПЦР-диагностика заболеваний, передающихся половым путем (5 показателей за период действия договора);
- инструментальные методы исследования: рентгенологическая диагностика; ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография;
- проведение лечебных манипуляций и процедур; физиотерапия (не более 10 сеансов одного вида воздействия по одному страховому случаю), ЛФК в группе (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); лечебный массаж (1 курс (1 курс - 10 сеансов));

Не оказываются:

- консультации и лечение у психиатра; консультации профессоров, академиков;
- лабораторная диагностика: определение иммунного / аллергологического статуса;
- мануальная терапия; иглорефлексотерапия;
- услуги дневного стационара;
- проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема

Программа 4.2. Амбулаторная помощь для продукта «Доктор РЕСО. Престиж»

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: аллерголога; врача ЛФК; невролога; гастроэнтеролога; гематолога; гинеколога; дерматолога; инфекциониста; кардиолога; кардиоревматолога; трихолога (1 прием); маммолога; нефролога; онколога (до установления диагноза); отоларинголога; офтальмолога; колопроктолога; психиатра (1 прием); пульмонолога; ревматолога; терапевта; травматолога-ортопеда; уролога; физиотерапевта; фониатора (1 прием); фтизиатра; хирурга; эндокринолога; и другие специалисты;
- медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; медицинское освидетельствование с оформлением справки 082/у; медицинский осмотр с целью выдачи справок для поступления в учебные заведения (дошкольные / школьные); выдача справок на право вождения автотранспорта (при наличии справки от нарколога и психиатра по месту жительства); выдача справок на право ношения оружия (при наличии справки от нарколога и психиатра по месту жительства); выдача листков нетрудоспособности и медицинских справок по медицинским показаниям; проведение комплексных медицинских осмотров для оформления справок для посещения спортивных и оздоровительных учреждений;
- лабораторная диагностика: аллергологические исследования; биохимические исследования; онкомаркеры; аллергодиагностика - скарификационные пробы; ПЦР-диагностика; бактериологические исследования; гистологические исследования;

- гормональные исследования; иммунологические исследования; микробиологические исследования; общеклинические исследования; цитологические исследования;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; рентгенологическая диагностика;
 - профилактические мероприятия: вакцинация против гриппа в рамках сезонной вакцинации;
 - физиотерапия; иглорефлексотерапия (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); ЛФК в группе (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); лечебный массаж (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); мануальная терапия (1 курс (1 курс - 10 сеансов));
 - лечебно-оздоровительные процедуры и мероприятия: грязелечение (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); аутогемотерапия (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); жемчужные ванны (1 курс (1 курс - 10 сеансов));
 - углубленные методы диагностики по медицинским показаниям в ЛПУ, рекомендованном Страховщиком: расширенное исследование иммунологического статуса;

Программа 4.3. Амбулаторная помощь Экстренная

Настоящей программой предусмотрена медицинская помощь до купирования острого состояния.

Предоставляемые услуги:

- сервисные услуги: круглосуточные консультации врачей Центра медицинской поддержки РЕСО-Гарантия по вопросам организации медицинской помощи, подбора медицинских учреждений, объема и качества предоставляемых медицинских услуг;
- амбулаторные приемы врачей специалистов: терапевта (2 приема (по каждому страховому случаю)); гинеколога (2 приема (по каждому страховому случаю)); кардиолога (2 приема (по каждому страховому случаю)); невролога (2 приема (по каждому страховому случаю)); отоларинголога (2 приема (по каждому страховому случаю)); офтальмолога (2 приема (по каждому страховому случаю)); уролога (2 приема (по каждому страховому случаю)); хирурга (2 приема (по каждому страховому случаю)); травматолога (2 приема (по каждому страховому случаю));
- медицинская документация: выдача листков нетрудоспособности; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий;
- лабораторная диагностика: биохимический скрининг крови (1 анализ (в течение срока действия договора)); клинический анализ мочи (1 анализ (в течение срока действия договора)); клинический анализ крови (1 анализ (в течение срока действия договора));
- инструментальные методы исследования: рентгенологические методы исследования (1 исследование (в течение срока действия договора)); ультразвуковая диагностика (1 исследование (в течение срока действия договора)); функциональная диагностика (1 исследование (в течение срока действия договора));

Не оказываются:

- лабораторная диагностика: выполнение лабораторных исследований сверх указанного объема;
- повторные и консультативные приемы врачей - специалистов; лечебные манипуляции и процедуры, проводимые при повторных визитах к специалистам; проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема; прием и консультации врачей - специалистов сверх указанных в программе;

Программа 4.4. Амбулаторная помощь уровень «Оптима»

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: аллерголога; гастроэнтеролога; гинеколога; дерматолога; кардиолога; маммолога; невролога; онколога (до установления диагноза); отоларинголога; офтальмолога; пульмонолога; терапевта; уролога; физиотерапевта; хирурга; эндокринолога;
- медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача листов нетрудоспособности и медицинских справок по медицинским показаниям;
- лабораторная диагностика: аллергодиагностика- скарификационные пробы; биохимические исследования; исследование гормонов щитовидной железы; онкомаркеры; ДНК и иммунологическая диагностика заболеваний, передающихся половым путем (5 маркеров (в течение срока действия договора)); бактериологические исследования; гистологические исследования; иммунологические исследования; микробиологические исследования; общеклинические исследования; серологические исследования; цитологические исследования;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика; рентгенологическая диагностика;
- проведение лечебных манипуляций и процедур; ЛФК в группе (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); физиотерапия (1 курс (1 курс - 10 сеансов));
- проведение диагностических исследований по медицинским показаниям: компьютерная томография (1 раз (в год)); магнитно-резонансная томография (1 раз (в год));
- услуги, оказываемые по согласованию со Страховщиком в лечебном учреждении, рекомендованном Страховщиком: услуги круглосуточного травматологического пункта;

Не оказываются:

- лабораторная диагностика: иммунологический профиль; гормональные исследования сверх указанного объема; исследование аллергостатуса с определением IgE и аллергенспецифических АТ; выполнение лабораторных исследований сверх указанного объема; анализ на дисбактериоз;
- инструментальные методы исследования: остеоденситометрия; позитронно-эмиссионная томография;
- лечебный массаж; мануальная терапия; иглорефлексотерапия;
- лечение и контрольная ДНК и иммунологическая диагностика заболеваний, передающихся половым путем; проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема;

Программа 4.5. Амбулаторная помощь уровень «Стандарт»

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: аллерголога; гастроэнтеролога; гинеколога; дерматолога; кардиолога; трихолога (1 прием); маммолога; невролога; онколога (до установления диагноза); отоларинголога; офтальмолога; психиатра (1 прием); пульмонолога; терапевта; уролога; физиотерапевта; хирурга; эндокринолога; фониатора (1 прием); и других специалистов базового лечебного учреждения;
- медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача листов нетрудоспособности и медицинских справок по медицинским показаниям;
- лабораторная диагностика: аллергологические исследования; биохимические исследования; онкомаркеры; ПЦР-диагностика; бактериологические исследования;

гистологические исследования; гормональные исследования; иммунологические исследования; микробиологические исследования; общеклинические исследования; серологические исследования; цитологические исследования;

- инструментальные методы исследования: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; рентгенологическая диагностика;
- профилактические мероприятия: вакцинация против гриппа в рамках сезонной вакцинации (1 раз (в год)); вакцинация против коронавирусной инфекции российскими вакцинами, при наличии в ЛПУ, включенных в программу Страхования, по эпидемическим показаниям (1 раз (в год));
- проведение лечебных манипуляций и процедур; мануальная терапия; иглорефлексотерапия; физиотерапия; ЛФК в группе; лечебный массаж;
- лечебно-оздоровительные процедуры и мероприятия: ударно-волновая терапия (3 сеанса (в течение срока действия договора)); грязелечение (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); аутогемотерапия (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); жемчужные ванны (1 курс (1 курс - 10 сеансов));
- услуги, оказываемые по согласованию со Страховщиком в лечебном учреждении, рекомендованном Страховщиком: определение иммунного статуса; услуги круглосуточного травматологического пункта;

Не оказываются:

- профилактический массаж;
- проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема;

Программа 4.6. Лабораторные исследования

Забор анализов и их перечень осуществляется в соответствии с назначениями лечащего врача.

Лечащим врачом считается врач-специалист одной из клиник, где получает медицинскую помощь застрахованный в рамках полиса ДМС РЕСО по профилю заболевания, в том числе, врач, дающий назначения в рамках телемедицинских консультаций.

Предоставляемые услуги:

Перечень анализов, подлежащих забору и исследованию при соответствующих направлениях от лечащего врача: Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой и СОЭ; Глюкоза; Общий анализ мочи; ТТГ (тиреотропный гормон); АСТ; АЛТ; Т4 свободный; Креатинин; Мочевина; Билирубин общий; Холестерин общий; С-реактивный белок; Щелочная фосфатаза; Билирубин прямой; Общий белок; Мочевая кислота; Посев на бактериологическое исследование с определением чувствительности к расширенному списку антибиотиков; ПЦР-тест на коронавирус (SARS-COV-2); IgE; ГГТ; Бактериологическое исследование с определением чувствительности к основному списку антибиотиков и бактериофагам; Общая железосвязывающая способность (ОЖСС); Индекс насыщения трансферрина; Гликозилированный гемоглобин.

Не оказывается:

- Забор анализов сверх указанного списка;
- Забор анализов без соответствующих медицинских показаний и назначений лечащего врача на их сдачу.

Страховой программой конкретного договора страхования может быть предусмотрен забор анализов на дому и/или в медицинском учреждении.

Программа 5. «Стоматологическая помощь»

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

Программа 5.1. Стоматология стандарт

Предоставляемые услуги:

- консультации врачей-стоматологов: терапевта, хирурга;
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- диагностика: рентгеновизиография (дентальные снимки);
- терапевтическая стоматология: механическая и медикаментозная обработка и пломбирование каналов; снятие пломбы в лечебных целях; пломбирование кариозных полостей композитами светового и химического отверждения; восстановление коронковой части зуба с использованием анкерного штифта - в случае травмы, полученной в результате несчастного случая; зарегистрированного в период действия договора; покрытие зубов фторлаком при гиперестезии зубов; снятие зубного камня в лечебных целях; восстановление коронковой части зуба, при поражении менее 1/2 объема твердых тканей (степень разрушения определяется лечащим врачом после лечения каналов, полного удаления старой пломбы и всех пораженных кариесом тканей), без использования анкерного штифта;
- хирургическая стоматология: удаление зубов; вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области;
- стоматологические физиотерапевтические процедуры;

Не оказываются:

- медицинская документация: выдача листов нетрудоспособности;
- терапевтическая стоматология: использование горячей гуттаперчи; использование термофилов; использование штифтов сверх указанного объема;
- хирургическая стоматология: удаление дистопированных, ретенированных зубов;
- профилактические мероприятия: снятие зубных отложений; покрытие зубов фтор-лаком;
- лечение: заболеваний пародонта;
- депофорез;
- имплантация зубов; проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема; подготовка к протезированию; все виды протезирования; стоматологическая ортодонтия; косметология полости рта (отбеливание зубов, снятие налета курильщика и др. налетов); стоматологическая пластика;

Программа 5.2. Стоматология эконом

Предоставляемые услуги:

- консультации врачей-стоматологов: терапевта, хирурга;
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая, интралигаментарная, внутрипульпарная);
- диагностика: рентгеновизиография (дентальные снимки);
- терапевтическая стоматология: механическая и медикаментозная обработка и пломбирование каналов; снятие пломбы в лечебных целях; пломбирование кариозных полостей композитами светового и химического отверждения;
- экстренная стоматология: снятие коронок и мостовидных протезов при острой боли в целях дальнейшего лечения зуба; обезболивание при острых состояниях; удаление зубов; лечение перикоронита; лечение острого пульпита;

Не оказываются:

- лечение кариеса или его осложнений на более, чем одном зубе за период действия договора страхования
- медицинская документация: выдача листков нетрудоспособности;
- терапевтическая стоматология: использование горячей гуттаперчи; использование термофилов;
- хирургическая стоматология: удаление дистопированных, ретенированных зубов;
- профилактические мероприятия: снятие зубных отложений;
- депофорез;
- имплантация зубов; проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема; подготовка к протезированию; все виды протезирования; косметология полости рта (отбеливание зубов, снятие налета курильщика и др. налетов); стоматологическая пластика;

Программа 6. «Скорая медицинская помощь»

Выезд бригады скорой помощи осуществляется в пределах административных границ города² через Центр медицинской поддержки "РЕСО-Гарантия" при наличии службы альтернативной скорой помощи и возможности организации данного вида помощи в городе.

В случае необоснованного вызова (ложный вызов, отсутствие Застрахованного на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному в состоянии алкогольного или наркотического опьянения), Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком.

Предоставляемые услуги:

- выезд бригады скорой помощи;
- осмотр больного;
- проведение экспресс-диагностики в объеме, который определяется медицинским оснащением автомобиля "скорой помощи";
- купирование неотложного состояния;
- организация и медицинская транспортировка при необходимости госпитализации;

Границы выезда Скорой медицинской помощи для продукта «Доктор РЕСО. Стандарт»:

- Москва и Московская область – до 30 км от МКАД*
- Санкт-Петербург и Ленинградская область: в пределах административной территории*
- Санкт-Петербург, за исключением г. Зеленогорск; Всеволожский район: не далее населенных пунктов Всеволожск, Бугры, Новодевяткино, Мурино, Кузьмоллово, Заневка, Колтуши, Сертолово, Павлово, Разметелево, Юкки, Янино, Старая, Новосаратовка; Ломоносовский район: не далее КАД; Гатчинский район: не далее г. Коммунар.*
- Другие регионы: в административных границах границах города действия продукта*

Программа 7. «Стационарная помощь»

Стационарная помощь может определяться страховой программой как «Стационар экстренный» или «Стационар плановый и экстренный».

Стационар экстренный – это госпитализация по экстренным (жизненным) показаниям

Стационар плановый – это госпитализация в плановом порядке, без угрозы жизни.

Лечение в стационаре осуществляется по заболеванию, послужившему причиной госпитализации и являющемуся страховым случаем.

Госпитализация производится в маломестные палаты.

² Страховой программой конкретного Договора страхования могут быть определены более широкие границы выезда скорой медицинской помощи

При невозможности предоставления палат указанной категории госпитализация осуществляется на свободные места, с последующим переводом в палаты указанной категории.

При невозможности госпитализации в ЛПУ, указанные в договоре страхования, Страховщик оставляет за собой право госпитализировать Застрахованного (по жизненным показаниям) в муниципальное лечебное учреждение.

Госпитализация в ЛПУ по программе организуется сотрудниками ЦМП "РЕСО-Гарантия". При самостоятельном обращении Застрахованного в ЛПУ без согласования со страховой компанией, Страховщик не возмещает расходы, понесенные Застрахованным.

Госпитализация осуществляется в ЛПУ по программе по выбору и направлению Страховщика в зависимости от профиля лечебного учреждения.

При госпитализации застрахованного ребенка в возрасте до 4-х лет, Страховщик оплачивает одновременное пребывание с ребенком в стационаре одного родителя/опекуна.

Предоставляемые услуги:

- пребывание на койке в стационаре (питание, медикаментозное лечение);
- консультации специалистов;
- лабораторная диагностика;
- инструментальная диагностика и лечение;
- анестезиологические пособия;
- оперативные вмешательства;
- реанимационные мероприятия;

Не оказываются:

- стационарное лечение, связанное с проведением кардиохирургических операций;
- стационарное лечение, связанное с проведением пластических операций;
- стационарное лечение, связанное с проведением трансплантации органов и тканей;
- стационарное лечение, связанное с проведением сложных реконструктивных операций (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов и т.д.);
- нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм);

Программа 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение»

Страховым случаем по настоящей программе является долечивание, непосредственно после стационарного лечения, организованного и оплаченного Страховщиком, в условиях специализированного лечебно-профилактического учреждения санаторного типа по:

- Последствиям перенесенного острого крупноочагового или мелкоочагового инфаркта миокарда при общем удовлетворительном состоянии, со стенокардией (I, II ФК), при недостаточности кровообращения не выше I стадии, а также сопутствующей гипертензивной болезни не выше II стадии, безпрогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма (не ранее 12 месяцев после перенесенного первичного или повторного крупноочагового инфаркта миокарда и не ранее 6 месяцев после перенесенного мелкоочагового инфаркта миокарда).
- Состояниям после хирургического лечения ИБС: через 3 месяца после эндоваскулярной ангиопластики и/или стентирования коронарных артерий, без нарушений сердечного ритма и проводимости.
- Стабильная стенокардия напряжения I - II ФК в том числе в сочетании с артериальной гипертензией I - II стадии, 1 - 3 степени, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма, при ХСН I стадии (ФК I - II)
- Последствиям острого нарушения мозгового кровообращения в виде парезов, параличей, чувствительности, при общем удовлетворительном состоянии, стабилизации показателей церебральной и общей гемодинамики, без эпилептических приступов, с сохранением

речевого контакта (при самостоятельном передвижении и самообслуживании пациента), через 6 - 12 месяцев после начала заболевания

- Последствиям перенесенного менингита, энцефалита, энцефаломиелита в стадии ремиссии, при сохранении возможности самообслуживания и речевого контакта, через 3 месяца от даты начала заболевания
- Затяжная пневмония с установленными клинически и рентгенологически остаточными изменениями в легких, при наличии ДН не выше II степени, пневмония в фазе реконвалесценции.
- Болезни оперированного желудка (после операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки) с наличием демпинг- и гипогликемического синдрома легкой и средней степени, астенического синдрома, гастрита культи, панкреатита, гепатита, холецистита, энтероколита, колита
- Состояние после хирургического вмешательства на желчном пузыре, кишечнике не ранее 2-х месяцев после операции при удовлетворительном состоянии
- Сахарный диабет типа 1 в пределах целевых значений гликированного гемоглобина, при стабильном течении, без склонности к кетозу, после завершения стационарного лечения.

Медицинский отбор больных осуществляется совместно врачебной комиссией и представителем Страховщика, в соответствии с действующим Приказом МЗ.

Предоставляемые услуги:

- пребывание на койке в стационаре (питание, медикаментозное лечение) сроком не более 21 дня;
- консультации специалистов; уход медперсонала; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика и лечение;
- лечебные манипуляции и процедуры.

Не оказывается

- долечивание после неуказанных выше заболеваний;
- медицинская транспортировка средствами санитарной авиации;

Программа 9. «Ведение беременности и родов»

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

Объем предоставляемых по программе услуг определяется медицинскими показаниями.

Программа 9.1. Ведение беременности

При условии физиологического протекания беременности; отсутствия общей патологии, требующей наблюдения в специализированном учреждении.

При отклонении от физиологического течения беременности количество обследований увеличивается (по показаниям) и оплачивается Застрахованным.

Настоящей программой предусмотрено амбулаторное наблюдение беременной сроком до 36 недель.

Объем предоставляемых услуг может варьироваться в зависимости от выбранного ЛПУ по программе, но не менее объема, предусмотренного по Приказу МЗ РФ

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: отоларинголога (1 прием); офтальмолога (1 прием); терапевта (2 приема); стоматолога (2 приема);

- первичный, повторные осмотры врачом - акушером-гинекологом (11 приемов); общие физикальные обследования, антропометрия. Измерение размеров таза. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование. Во 2 триместре определение окружности живота, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода. После 32 недель определение положения плода;
- медицинская документация: выдача листков нетрудоспособности; больничный лист на декретированный отпуск выдается на 30-ой недели беременности;
- лабораторная диагностика: анализ на ВИЧ (2 анализа (в течение срока действия договора)); анализ на RW (2 анализа (в течение срока действия договора)); определение группы крови и резус-фактора (1 анализ (в течение срока действия договора)); мазки на флору (2 анализа (в течение срока действия договора)); мазки на цитологию (1 анализ (в течение срока действия договора)); клинический анализ мочи (11 анализов (в течение срока действия договора)); анализ мочи по Нечипоренко; коагулограмма (2 анализа (в течение срока действия договора)); анализ крови на сахар (2 анализа (в течение срока действия договора)); клинический анализ крови (8 анализов (в течение срока действия договора)); определение иммуноглобулинов М и G к вирусным гепатитам В и С (2 анализа (в течение срока действия договора)); пероральный глюкозотолерантный тест (1 анализ (в течение срока действия договора)); анализ крови на вирус краснухи IgM, G (1 анализ (в течение срока действия договора)); скрининг уровней сывороточных маркеров РАРР-А и бета-ХГ (11 - 14 недель); мазок на определение стрептококка группы В (в сроке 35-37 недель); биохимический скрининг крови (2 раза (в течение срока действия договора)); тиреотропный гормон (ТТГ) (1 раз (в течение срока действия договора));
- инструментальные методы исследования: кардиотокография плода после 33 недель (1 раз (в течение срока действия договора)); ЭКГ (2 раза (в течение срока действия договора)); УЗИ исследование (в сроке 11-14 недель); скрининговое УЗИ плода (в сроке 19-21 неделя); скрининговое УЗИ плода с доплерометрией (в сроке 30-34 недели); скрининговое УЗИ плода (в сроке 30-34 недели); ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока (в сроке 19-21 неделя);
- проведение диагностических исследований по медицинским показаниям: анализ на TORCH-комплекс, по назначению наблюдающего акушер-гинеколога (1 анализ (в течение срока действия договора)); исследование крови на Д-димер, по назначению наблюдающего акушер-гинеколога (1 анализ (в течение срока действия договора)); исследование гормонов щитовидной железы, по назначению наблюдающего акушер-гинеколога (1 анализ (в течение срока действия договора)); ПЦР диагностика Chlamidia, по назначению наблюдающего акушер-гинеколога (1 анализ (в течение срока действия договора));
- по настоящей программе предоставляются: послеродовое наблюдение акушером-гинекологом (2 приема);
- по медицинским показаниям: посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;
- углубленные методы диагностики по медицинским показаниям в ЛПУ, рекомендованном Страховщиком: консультация врача генетика (1 прием (в течение срока действия договора)); инвазивная пренатальная диагностика (при высоком риске хромосомных аномалий);

Не оказываются:

- медицинские услуги, предоставляемые до госпитализации: психопрофилактическая подготовка к родам;
- медицинская документация: выдача родового сертификата;
- бассейн; профилактический курс ЛФК; лечебный курс ЛФК;
- оказание медицинской помощи на дому;

Программа 9.2. Роды

При условии физиологического протекания беременности; отсутствия общей патологии, требующей наблюдения в специализированном учреждении.

При выявлении патологии, беременная, родильница или новорожденный переводятся в специализированные отделения клинических больниц.

Объем предоставляемых услуг может варьироваться в зависимости от выбранного ЛПУ по программе, но не менее объема, предусмотренного по Приказу МЗ РФ

Предоставляемые услуги:

- медицинские услуги, предоставляемые до госпитализации: прием акушера-гинеколога с составлением плана предстоящих родов (роды через естественные пути или кесарево сечение); исследование на носительство HBs и HBc антигенов, RW, ВИЧ, гемостазиограмма; клинический анализ крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора;
- медицинские услуги, предоставляемые в стационаре: при необходимости проведения плановой операции Кесарева сечения - госпитализацию за 1 день до предполагаемой даты операции; пребывание родильницы и новорожденного в одно-двухместных палатах послеродового отделения (4 дня после родов через естественные родовые пути, до 7 дней после "кесарева сечения"); использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры; обезболивание (эпидуральная анестезия, внутривенный наркоз, масочная ингаляция); использование одноразового инструментария; ведение родов бригадой врачей (акушер-гинеколог, анестезиолог, неонатолог, акушерка);
- инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование, кардиомониторинг плода;

Не оказываются:

- госпитализация до начала родов;

Программа 10. «Антиклещ»

Настоящая программа предусматривает оказание медицинской помощи Застрахованному на всей территории Российской Федерации в случае контакта с клещом.

Контактом в рамках настоящей страховой программы считается укус или напозание иксодового клеща на тело человека.

Вся медицинская помощь в рамках страховой программы оказывается только при условии обращения за ней не позднее 96 часов с момента контакта.

Наблюдение застрахованного производится в течение 30 дней с даты контакта.

РИСК «Амбулаторная помощь»

- ♦ Первичный осмотр врачом-специалистом:
 - Травматологом – для удаления клеща и назначения обследования
 - Инфекционистом - при отсутствии клеща и/или для назначения обследования, а также после получения результатов анализов для определения дальнейшей тактики лечения – экстренной профилактики/ превентивного лечения/ обследования).
 - Аллергологом – в случае возникновения аллергических реакций после контакта с клещом
- При отсутствии в ЛПУ травматолога и/или инфекциониста, прием ведет врач иной специальности соответствующей квалификации
- ♦ асептическое удаление присосавшегося иксодового клеща в условиях медицинского учреждения;
- ♦ лабораторная диагностика:
 - исследование клеща на вирусоносительство клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза, а также любых четырех других инфекций, переносимых клещом (по одному страховому случаю суммарно не более 6-ти инфекций);
 - анализы крови по назначению врача:
 - а. серологическая диагностика методом ИФА (антитела класса Ig M и Ig G);

- b. ПЦР-диагностика (однократно в течение срока действия полиса) только для детей и беременных не позднее 10-го дня от даты контакта.
- c. Другие необходимые исследования по назначению инфекциониста/травматолога в рамках диагностики/ведения заболевания, вызванного укусом клеща, после постановки диагноза, амбулаторно
- ♦ медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий;
- ♦ медикаментозная профилактика клещевого энцефалита в случае контакта с клещом проводится по назначению врача и в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.3.2352-08 "Профилактика клещевого вирусного энцефалита" и действующим приказом местного органа здравоохранения по профилактике Клещевого вирусного энцефалита:
 - введение противоклещевого иммуноглобулина в соответствии с инструкцией по серопрофилактике (при выявлении инфицированного клеща или, в ряде эндемичных регионов, не позднее 96 часов после контакта с иксодовым клещом);
 - противовоспалительная и иммуностимулирующая терапия препаратом «Йодантипирин» и другими лекарственными препаратами, разрешенными к применению Министерством здравоохранения РФ;
- ♦ оплата лекарственных препаратов, приобретаемых в аптеке по рецепту врача (за исключением льготных рецептов) для профилактики/лечения:
 - клещевого энцефалита (рецепт и чек должны быть датированы не позднее четырех суток с даты контакта с клещом): противоклещевой Иммуноглобулин, Реаферон-Липинт; Йодантипирин в случае невозможности введения Иммуноглобулина;
 - клещевого боррелиоза (только при положительном результате лабораторного исследования клеща или крови на боррелиоз) - антибактериальные препараты на сумму, не превышающую 400 руб. за один курс;
- ♦ повторная консультация врача-инфекциониста в течение 30 дней с даты контакта с клещом в случае возникновения симптомов заболевания Клещевым энцефалитом или Клещевым боррелиозом (при условии своевременного обращения за медицинской помощью после контакта с клещом и проведения медикаментозной профилактики, если она была предписана врачом), а также в случае выявления инфицированности клеща указанными инфекциями
- ♦ консультация врача-травматолога - повторная при необходимости, по медицинским показаниям

РИСК «Стационар экстренный»

При условии проведения медикаментозной профилактики клещевого энцефалита предусмотренной риском «Амбулаторная помощь» настоящей программы³, медицинская помощь оказывается Застрахованным лицам в условиях стационара при подозрении на заболевание клещевым энцефалитом или клещевым боррелиозом в случае тяжелого состояния (по направлению поликлиники по месту жительства или врача скорой медицинской помощи).

- ♦ пребывание на койке в стационаре: питание, медикаментозное лечение, консультации специалистов;
- ♦ лабораторную диагностику;
- ♦ инструментальную диагностику;
- ♦ проведение лечебных манипуляций и процедур,
- ♦ реанимационные мероприятия.
- ♦ Экспертиза временной нетрудоспособности;
- ♦ Медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий, выдача листов нетрудоспособности

РИСК "Реабилитационно-восстановительное лечение"

Повторная госпитализация Застрахованного для реабилитационно-восстановительного лечения после проведенного ранее стационарного лечения клещевого энцефалита тяжелой формы (в течение срока действия полиса, но не ранее, чем 6 месяцев назад).

³ Страховщик вправе потребовать от застрахованного документы, подтверждающие получение застрахованным медикаментозной профилактики согласно настоящей программе

Направление на реабилитационно-восстановительное лечение осуществляется строго по согласованию со Страховщиком, при наличии прямых медицинских показаний, а так же при условии проведения медикаментозной профилактики клещевого энцефалита предусмотренной риском "Амбулаторная помощь" настоящей программы.

Услуги, предоставляемые в реабилитационно-восстановительном отделении ЛПУ:

- ♦ Пребывание на койке в стационаре сроком не более 21 дня (питание, медикаментозное лечение);
- ♦ Консультации специалистов; уход медперсонала; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика;
- ♦ Лечебные манипуляции и процедуры;
- ♦ Экспертиза временной нетрудоспособности;
- ♦ Медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий, выдача листков нетрудоспособности.

Программа 11. «Лекарственное обеспечение»

В рамках программы лекарственного обеспечения медикаменты можно получить только при непосредственном визите в аптеку с рецептом и полисом ДМС.

Приобретение лекарственных средств по полису ДМС через интернет-заказ и по ценам интернет-аптеки не представляется возможным.

Предоставляемые услуги:

Настоящая Программа предусматривает оплату лекарственных средств для Застрахованных при возникновении у них страховых случаев по Договору добровольного медицинского страхования в рамках страховой программы, для лечения которых в аптечных учреждениях отпускаются лекарственные средства. В рамках данной страховой программы Страховщик не оплачивает приобретение лекарств застрахованным, которые имеют право на получение социальной услуги, установленной подпунктом 1 пункта 1 статьи 6.2 Федерального Закона РФ от 17.07.1999 г. №178-ФЗ "О государственной социальной помощи". Назначение лекарственных средств должно быть подтверждено лечащим врачом одного из медицинских учреждений, предусмотренных страховой программой рисками Амбулаторная помощь или Стационарная помощь и зафиксировано в истории болезни застрахованного. Назначение производится исходя из конкретного случая заболевания (стандартов его диагностики и лечения). Лекарственное обеспечение Застрахованных лиц осуществляется аптечными учреждениями из числа предложенных Страховщиком и указанных в настоящей Программе.

1. Порядок получения лекарственных средств:

- 1.1. Для получения выписанных лекарственных препаратов Застрахованному или его представителю необходимо обратиться в любую из аптек, указанных в настоящей программе, предъявить полис ДМС и рецепт установленной формы (рецептурный бланк ф.ф. 148-1/у-88 или 107/у или бланк назначения медикаментозной терапии), оформленный в соответствии с действующими требованиями:
 - 1.1.1. рецепт должен быть выписан лечащим врачом при оказании застрахованному амбулаторно-поликлинических или стационарных медицинских услуг в лечебно-профилактическом учреждении, указанном в программе ДМС Застрахованного
 - 1.1.2. рецепт должен содержать подпись и печать врача
 - 1.1.3. рецепт должен быть выписан в течение срока действия полиса ДМС
 - 1.1.4. покупка лекарств по рецепту должна быть осуществлена в течение срока действия полиса ДМС
 - 1.1.5. рецепт может быть выписан только на застрахованное лицо
- 1.2. При наличии в договоре страхования франшизы необходимо оплатить ее величину в кассу аптеки. Размер франшизы указан в Договоре ДМС.
- 1.3. В случае отсутствия необходимого лекарственного средства, указанного в рецепте, производится отпуск синонимического лекарственного средства (синонимическими

лекарственными средствами считаются средства, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование (МНН)) по цене, не превышающей цену выписанного лекарственного средства более чем на 20%, без оформления нового рецепта, или, по желанию Застрахованного, осуществляется отсроченное обслуживание рецепта (по индивидуальному заказу) в течение срока действия полиса ДМС Застрахованного. При этом аптека осуществляет поиск необходимого лекарственного средства в аптеках сети с информированием Застрахованного о том, в какой из перечисленных в приложении аптек можно его получить, либо осуществляет заказ лекарственного средства и в дальнейшем информирует Застрахованного о получении данного лекарственного средства.

- 1.4. В случае отсутствия лекарственного средства в той дозировке, которая указана в рецепте, аптека вправе с согласия Застрахованного выдать это же лекарственное средство в иной дозировке без замены рецепта, разъяснив при этом дозу и кратность приема, о чем делается отметка в рецепте.
- 1.5. Если стоимость лекарственного средства, указанного в рецепте, превышает остаток страховой суммы, Застрахованный может самостоятельно доплатить недостающую часть стоимости.
- 1.6. Размер страховой суммы уменьшается на величину стоимости лекарственных средств, предоставленных Застрахованному за вычетом оплаченной Застрахованным суммы франшизы (при ее наличии). При исчерпании страховой суммы настоящая программа прекращает свое действие в отношении Застрахованного. Размер страховой суммы по риску <Лекарственное обеспечение> указан в Договоре ДМС.
- 1.7. В случае отказа аптеки в выдаче лекарственного средства, не связанного с правильностью оформления рецептурного бланка, Застрахованный вправе обратиться в Центр медицинской поддержки "РЕСО-Гарантия" по телефону (495) 956-11-66 или по электронной почте doctor@reso.ru за дополнительными разъяснениями.
2. В рамках данной программы СТРАХОВЩИК не оплачивает следующие лекарственные средства и изделия медицинского назначения:
 - 2.1. не разрешенные к применению в РФ в установленном действующим законодательством порядке
 - 2.2. отсутствующие в готовой рецептурной форме
 - 2.3. Группы А (наркотические, противосудорожные и др.)
 - 2.4. Группы Б (препараты, для лечения депрессивных состояний, длительной бессонницы и отпускаемые по специальным номерным рецептам)
 - 2.5. Химиотерапевтические
 - 2.6. Диагностические средства, за исключением препаратов, необходимых для подготовки к колоноскопии.
 - 2.7. Средства личной гигиены
 - 2.8. питательные смеси и препараты для лечебного питания
 - 2.9. лечебную косметику
 - 2.10. для лечения злокачественных новообразований
 - 2.11. для лечения алкоголизма, наркомании, токсикомании, никотинозависимости, венерических и лучевой болезней, ВИЧ-инфекции,
 - 2.12. для лечения особо опасных инфекций, в том числе холеры, чумы; вирусных геморрагических лихорадок, атипичной пневмонии
 - 2.13. психотропные препараты
 - 2.14. препараты, используемые для лечения сахарного диабета I и II типов.
 - 2.15. для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях
 - 2.16. назначенные при беременности или для прерывания беременности
 - 2.17. гормональные препараты длительного приема для лечения заболеваний системного характера (СКВ, ревматоидный артрит, ревматизм и т.д.)
 - 2.18. для лечения туберкулеза, саркоидоза, муковисцидоза, псориаза, глубоких микозов
 - 2.19. для лечения состояний, требующих применения специфических антидотов
 - 2.20. анорексигенные вещества
 - 2.21. биогенные стимуляторы
 - 2.22. препараты гипохолестеринемического действия
 - 2.23. витамины, витаминные комплексы, биологически-активные добавки и их аналоги
 - 2.24. гомеопатические препараты

- 2.25. назначаемые для профилактики заболеваний
 - 2.26. препараты, которые при возникновении ряда заболеваний подлежат длительному (более трех месяцев) или пожизненному приему
 - 2.27. не назначенные врачом в соответствии с условиями данной программы
 - 2.28. приобретенные в аптечных учреждениях, не указанных в настоящей памятке
 - 2.29. приобретенные по рецептам и бланкам назначения медикаментозной терапии, выписанным лечебными учреждениями, не указанными в настоящей памятке
 - 2.30. приобретенные без рецепта врача
3. Для застрахованных, которые имеют право на получение социальной услуги, установленной подпунктом 1 пункта 1 статьи 6.2 Федерального Закона РФ от 17.07.1999 г. №178-ФЗ "О государственной социальной помощи", Страховщик оплачивает только те лекарственные средства и изделия медицинского назначения, которые не включены в федеральные и/или территориальные перечни лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых бесплатно или по льготным ценам. Оплата лекарств, приобретаемых в аптеке по рецепту врача, за исключением льготных рецептов.

Программа 12. «Консультативно-диагностическая помощь»

Программа 12.1. Профосмотр

Программа для проведения профилактических осмотров по Приказам Минздрава.

ОРГАНИЗУЕТСЯ ЧЕРЕЗ АДМИНИСТРАТОРА ПО ДОГОВОРУ

Предоставляемые услуги:

- первичный прием терапевта;
- услуги среднего медицинского персонала;
- забор анализов по назначению терапевта;

Программа 12.2. Комплексный медицинский осмотр

Заявка от Застрахованного на прохождение медицинского осмотра должна поступить к Страховщику не позднее, чем за 7 календарных дней до желаемой даты осмотра.

Предоставляемые услуги⁴:

- профилактический, диспансерный прием врачей-специалистов: терапевта (1 прием);
- лабораторная диагностика в рамках профилактических осмотров: клинический анализ крови (1 раз); общий анализ мочи (1 раз);
- биохимические исследования в рамках профилактических осмотров: глюкоза (1 раз); холестерин общий (1 раз); аланин-аминотрансфераза (АлАТ) и аспаргин-аминотрансфераза (АсАТ) (1 раз);
- инструментальная диагностика в рамках профилактических осмотров: ЭКГ в 12 отведениях с заключением (1 раз); рентгенография грудной клетки (1 раз);
- забор анализов в рамках профилактических осмотров;

Не оказываются:

- медицинские услуги сверх указанного объема;

Программа 12.3. Азбука здоровья

Обслуживание по программе производится по направлению врача - куратора (администратора) «РЕСО-Гарантия». Страховщик рекомендует провести диагностику состояния здоровья в первые 1-2 месяца с начала действия страхового полиса.

Предоставляемые услуги:

- Анализы: Крови клинический с определением лейкоцитарной формулы и СОЭ; общий мочи; кровь на ПСА (для мужчин); Биохимический скрининг крови с определением 4-х показателей (по назначению врача – терапевта);
- Врачебные приемы специалистов: терапевта; акушера – гинеколога (для женщин); офтальмолога или отоларинголога (по направлению врача – терапевта); кардиолога; уролога (для мужчин);
- Диагностические функциональные исследования: комплексное УЗИ-исследование органов брюшной полости (для мужчин); УЗИ- исследование органов малого таза и молочных желез (для женщин); электрокардиограмма в 12 отведениях с расшифровкой; УЗИ-исследование сердца и сосудов; рентгенологическое исследование органов грудной клетки; Гинекологические мазки №2 (для женщин).
- Осмотр врачом – терапевтом с проведением ознакомительной беседы по результатам диагностики и выдачей медицинского заключения и рекомендаций.

⁴ Список услуг может быть расширен Страховщиком для конкретного Договора страхования

Программа 12.4. Скоро в школу / детский сад

Обслуживание по программе производится по направлению врача - куратора (администратора) «РЕСО-Гарантия». Запись через специалиста Центра Медицинской поддержки «РЕСО-Гарантия»:

Предоставляемые услуги:

- Диагностические приемы врачей - специалистов: педиатра; невролога; офтальмолога; отоларинголога; хирурга; травматолога-ортопеда (в школу); стоматолога; психиатра; акушера-гинеколога; уролога-androлога
- Лабораторная диагностика: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня глюкозы в крови, анализ кала на яйца глистов
- Функциональная диагностика: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы, электрокардиография
- Медицинская документация: оформление карты по форме ф-026у.

Программа 12.5. Медицинский консьерж

Онлайн консультации с Центром Медицинской поддержки РЕСО-Гарантия 24/7/365 без ограничений по числу обращений за весь период действия Договора по вопросам:

- Подбор медицинской организации с учетом наличия врача-специалиста по запросу застрахованного лица для очного/заочного приема, принимая во внимание медицинские показания и стоимость такого приема.
- Организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной медицинской организации: очные приемы врачей-специалистов, лабораторные и инструментальные исследования по рекомендации врачей-специалистов с учетом доступности и загруженности клиники и специалистов.
- Организация стоматологических мероприятий в согласованной медицинской организации с учетом стоимости медицинской помощи, пожеланий застрахованного лица по времени приема и виду медицинского вмешательства, с учетом доступности клиники и загруженности специалистов.
- подбор лечебно-профилактического учреждения, оказывающего комплекс необходимых медицинских исследований/осмотров, организация прохождения Check-Up (комплексного медицинского обследования, диспансеризации) при его наличии в страховой программе застрахованного лица.
- Организация реабилитационно-восстановительного лечения (при условии наличия данного риска в страховой программе застрахованного). Осуществляется подбор медицинского учреждения с учетом наличия врачей-специалистов и комплекса реабилитационно-восстановительных мероприятий по профилю заболевания, и последующее содействие в организации размещения застрахованного лица с учетом медицинских показаний и предпочтений по времени.
- консультирование по вопросам сбора и подготовки документов для получения санаторно-курортного лечения, оформления санаторно-курортной карты.
- Навигация и консультирование застрахованного лица на протяжении всего периода страхования по вопросам получения медицинской помощи: по объему услуг страховой программы, по медицинским учреждениям, специалистам, видам, способам и необходимости медицинского вмешательства в том или ином случае.
- Организация экстренной госпитализации (при условии наличия данного риска в страховой программе застрахованного) при наличии показаний врача скорой помощи, врача помощи на дому, врача приемного отделения стационара.
- Организация плановой госпитализации (при условии наличия данного риска в страховой программе застрахованного). Заблаговременный подбор стационара в

соответствии с поставленным диагнозом, наличием мест в палатах необходимой категории, с учетом предпочтений по времени госпитализации. В том числе:

- а) Информирование о порядке, правилах и сроках плановой госпитализации;
- б) Консультирование по вопросу сбора и подготовки документов для плановой госпитализации;
- Информационно-консультационная поддержка в пост-стационарном лечении;
- Помощь застрахованному лицу в получении медицинских документов из лечебно-профилактического учреждения, в котором застрахованный получал медицинскую помощь.
- Информирование застрахованного по виду и формам медицинских документов, необходимых в том или ином случае, а также информирование о порядке их получения и необходимом объеме исследований для получения конкретного документа.
- Помощь в организации и записи на телемедицинскую консультацию в рамках программы «Телемедицина РЕСО»;
- Организация получения услуги «Второе медицинское мнение»
- консультации, связанные с обязательным медицинским страхованием (ОМС):
 - а) Информирование о порядке оформления полиса ОМС;
 - б) Информирование о медицинских и страховых организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Российской Федерации;
 - в) Информирование о порядке смены страховой организации по ОМС;
 - г) Информирование о порядке прикрепления к лечебно-профилактическому учреждению;
 - д) Предоставление информации о лечебно-профилактических учреждениях, отвечающих запросу застрахованного лица, наличии специалистов, перечне оказываемых услуг, уровне сервиса, технической оснащенности, стоимости услуг;
 - е) Маршрутизация для записи к узкому специалисту, при наличии направления от врача;
 - ж) подбор и помощь частной клиники для получения медицинских услуг по ОМС (если клиника участвует в программе ОМС);
 - з) Помощь в получении стоматологических услуг по ОМС в частных клиниках (если клиника участвует в программе ОМС);

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

Медицинская помощь по настоящей Программе включает медицинские и иные услуги для лечения заболеваний, указанных в разделе 6 настоящей Программы.

1. В рамках настоящей Программы используются следующие определения:

Болезнь (заболевание) - любые изменения в состоянии здоровья человека, не связанные с несчастными случаями, диагноз и подтверждение которых выполнены врачом, официально зарегистрированным в данном виде деятельности.

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предшествующее состояние, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предшествующего состояния, а не отдельным заболеванием.

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

Хирургическая операция – все операции, проводимые в диагностических либо терапевтических целях, выполняемые путем надреза или иных способов внутреннего проникновения хирургом в Больницу, для проведения которых обычно требуется наличие операционной.

Предшествующие состояния - любые заболевания, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами свидетельствами(признаками), подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями, в течение 10 лет до даты начала действия страхования.

Больница - частная или государственная организация, законно уполномоченная на обеспечение медицинского лечения заболеваний или травм, оснащенная материальными/техническими средствами и укомплектованная квалифицированным персоналом для выполнения мер диагностического и хирургического вмешательства, в которой круглосуточно присутствуют врачи и медицинский персонал.

Сервисная компания - российская или зарубежная компания, имеющая Договор со Страховщиком, в соответствии с которым она организует медицинские и иные услуги Застрахованным лицам Страховщика для лечения заболеваний, предусмотренных настоящей Программой страхования и организующая следующие медицинские услуги по Договору страхования: Второе медицинское мнение и Медицинский консьерж-сервис.

Предварительное медицинское свидетельство - письменное согласование со стороны Страховщика или Сервисной компанией, включающее подтверждение покрытия по Договору страхования до оказания услуг в указанном стационаре за пределами страны проживания Застрахованного, любого лечения, услуг, изделий медицинского назначения или рецептурных лекарственных препаратов, относящихся к убытку.

Альтернативная медицина - системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним, в частности, относится акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатия, натуропатия и остеопатия, аюрведа, методы традиционной китайской медицины.

Когнитивные нарушения - нарушения, которые существенно влияют на когнитивную функцию человека до такой степени, что нормальное существование в обществе невозможно без лечения, согласно наиболее поздней версии Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)).

Экспериментальное лечение - лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтический продукт, предназначенные для медицинского или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных Заболеваний или Травм научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

Второе медицинское мнение: второе медицинское заключение в отношении предусмотренных программой заболеваний/состояний. Услуга предусматривает подготовку письменного заключения, основанного на сборе и детальном изучении истории болезни пациента врачом экспертом.

Медицинский консьерж-сервис: услуга по организации мероприятий, связанных с лечением физического лица по подтвержденному страховому случаю. Услуга предусматривает контроль за ходом лечения и помощь в организации поездок и проживания для застрахованного лица и его сопровождающего.

Необходимыми с медицинской точки зрения являются следующие медицинские услуги и изделия:

- предписаны Застрахованному для лечения предусмотренного Программой заболевания или медицинские процедуры, выполняемые с целью улучшения состояния и
- признаны эффективными для улучшения состояния на основании плановых методов лечения, которые по типу, частоте и продолжительности соответствуют диагнозу, что подтверждено данными, опубликованными в научных медицинских источниках (например, PubMed) или в научно обоснованных американских, британских, европейских стандартах (в частности, для лечения онкологических заболеваний будут применяться клинические практические рекомендации NCCN (Национальная онкологическая сеть), п. 6.1.) и;
- экономически эффективны по сравнению с альтернативными методами, которые приводят к аналогичному результату, включая отсутствие лечения и
- требуется по причинам, связанным с лечением основного подтвержденного заболевания.

Для целей настоящего Договора подтверждение услуг и расходных материалов, которые являются необходимыми с медицинской точки зрения, будут указаны в первоначальном Предварительном Медицинском Сертификате и в любых его необходимых обновлениях во время лечения, в соответствии с медицинской оценкой случая сервисной компанией, проведенной в соответствии с процессом урегулирования убытков (изложенного в пункте 9) и консультации с международным лечащим врачом.

Лекарственные препараты - любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного лица с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта.

Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

Неинвазивный рак или рак «in situ»: злокачественная опухоль, ограниченная эпителием, в котором она возникла, не проникая в строму или окружающие ткани.

Протез: устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию не действующей, либо действующей с нарушениями части тела.

Члены семьи (применительно к страхованию по коллективному договору с численность от 25 человек и более):

Член семьи: (1) Партнер Застрахованного или (2) находящийся на иждивении неженатый/незамужний ребенок Застрахованного или супруга (супруги) Застрахованного (в т.ч. родной, приемный или официально усыновленный ребенок. Супруг (супруга) или неженатый/незамужний ребенок, находящийся на иждивении, должны проживать вместе с Застрахованным (в качестве основного места проживания), если Страховая компания не согласует другие варианты. Определение "Член семьи" подчиняется следующим условиям и ограничениям:

"Членом семьи" не является неженатый/незамужний ребенок старше 18 лет, за исключением случаев, указанных в следующем пункте.

- "Членом семьи" является незамужний/неженатый ребенок в возрасте от 18 до 35 лет, если:
- ребенок не работает регулярно на постоянной основе или не является самозанятым
- ребенок является студентом дневной формы обучения и ребенок зависит от Страхователя или Партнера страхователя как нуждающийся в обеспечении и уходе.

Врач: специалист, имеющий официальное разрешение на осуществление медицинской деятельности.

Период ответственности по страховому случаю - максимальный срок лечения с момента первой поездки на лечение за рубеж: период, длительностью тридцать шесть (36) месяцев, который начинается с даты первой поездки за рубеж, которая организована и оплачена в соответствии с условиями Договора и Программы страхования в отношении конкретного Застрахованного лица в связи с событием, признанным страховым случаем.

Период ответственности по страховому случаю устанавливается для каждой группы заболеваний/хирургических операций в соответствии с разделом 6 настоящей Программы страхования.

Применимый Период ответственности по страховому случаю - это период времени, в течение которого выплачивается страховое возмещение по всем убыткам, предусмотренным для данной группы заболеваний/хирургических операций.

Метод геной терапии: изменения генного аппарата, приводящее к терапевтическому, профилактическому или диагностическому эффекту, работающее путем введения "рекомбинантных" генов в организм, как правило, для лечения различных заболеваний, включая генетические нарушения, рак или продолжительные заболевания. Рекомбинантный ген - это участок ДНК или РНК, который создается в лаборатории, объединяя ДНК или РНК из разных источников;

Методы терапии соматических клеток: использование клеток или тканей, на которые было произведено воздействие с целью изменить их биологические характеристики, а также клеток или тканей, которым приданы не характерные для них функции. Они могут быть использованы для лечения, диагностики или профилактики заболеваний;

Тканево-инженерный метод: изменение клетки или ткани, которые были модифицированы, чтобы их можно было использовать для восстановления, регенерации или замены человеческих тканей.

Технология CAR (Химерный антигенный рецептор): тип лечения, при котором Т-клетки пациента (тип клетки иммунной системы) изменяются в лаборатории с целью атаки злокачественных клеток. Т-клетки берутся из крови пациента. Затем в лаборатории добавляют ген специального рецептора, который связывается с определенным белком на злокачественных клетках пациента. Специальный рецептор называется химерным антигенным рецептором (CAR). Большое количество Т-клеток CAR выращивают в лаборатории и вводят пациенту путем инфузии.

Контроль состояния здоровья - это диагностические обследования/наблюдение (врачом со специальным опытом, относящимся к заболеванию Застрахованного) применяемые после лечения за рубежом с целью предотвращения рецидива данного заболевания у Застрахованного.

План Контроля состояния здоровья должен быть разработан лечащим врачом за рубежом с указанием временных интервалов и вида диагностических процедур.

Реконструктивная хирургия: процедуры, которые предназначены для восстановления утраченной или деформированной части тела.

Денежная Франшиза: определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с Программой, являющейся приложением к Договору страхования. Безусловная денежная франшиза – франшиза, которая вычитается из любой суммы ущерба – оговоренная в Договоре страхования абсолютная сумма, подлежащая вычету из суммы страхового возмещения. В настоящем Договоре страхования безусловная денежная франшиза – это совокупный общий размер покрываемых Программой расходов, которую Застрахованный должен понести (если применимо для выбранного Уровня) до оплаты Страховщиком каких-либо услуг по страховому случаю или страховым случаям в рамках Программы. Безусловная денежная франшиза устанавливается один раз для каждой группы заболеваний/хирургических операций по решению/выбору Застрахованного и применяется ко всем событиям, подтвержденным в качестве страховых случаев по одной и той же группе заболеваний/хирургических операций. Уровень выбирается один раз для каждой группы заболеваний/хирургических операций в соответствии с разделом 6 настоящей Программы страхования. Страна для прохождения лечения может меняться по усмотрению Застрахованного в течение периода лечения в рамках выбранного уровня. Безусловная денежная франшиза взимается Страховщиком до организации лечения за рубежом и оплачивается путем перечисления на расчётный счет Страховщика в рублях по курсу ЦБ на дату оплаты.

2. Субъект страхования

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

Застрахованный – гражданин Российской Федерации или иностранный гражданин, постоянно проживающий на территории Российской Федерации (более 183 дней в год), в возрасте до 64 лет включительно на момент заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Не подлежат страхованию и не являются Застрахованными:

- лица, которые уже перенесли одно из заболеваний, указанных в Перечне критических заболеваний/хирургических операций (раздел 6 Программы страхования);
- лица, употребляющие наркотики, токсические или сильнодействующие вещества, страдающие алкоголизмом и/или состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- лица, инфицированные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также лица, страдающие СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита);
- лица, находящиеся под следствием или в местах лишения свободы;
- лица, проживающие на территории Российской Федерации менее 184 дней в году.

Для индивидуальных полисов и коллективных договоров страхования с численностью менее 25 человек также применяется условие:

не подлежат страхованию и не являются Застрахованными лица, ожидающие результатов диагностических исследований по поводу состояний, указанных в Медицинской анкете, и лица, которые по состоянию здоровья не могут подтвердить отсутствие заболеваний и состояний, указанных в Медицинской анкете.

Для коллективных договоров страхования с численностью от 25 человек и более также применяется условие:

не подлежат страхованию и не являются Застрахованными лица, которые не являются членами семьи сотрудников организации.

3. Объект страхования

Объектом страхования является обеспечение Застрахованного лица страховым покрытием в части услуг и медицинских расходов в отношении лечения покрытых страхованием заболеваний и медицинских процедур, при условии соблюдения всех следующих условий:

3.1. Медицинские услуги и процедуры, входящие в программу, предоставляются в течение соответствующего Периода ответственности по страховому случаю;

3.2. наличие критического заболевания/хирургической операции подтверждено Страховщиком в соответствии с процессом, указанным в пункте 9;

3.3. соответствующее заболевание или состояние не было диагностировано, и его медицинские симптомы/свидетельства(признаки) не были зафиксированы в документах в течение 10 лет до даты начала страхования или до даты включения нового Застрахованного лица и/или на протяжении периода временной франшизы для соответствующего Застрахованного лица;

3.4. лечение является необходимым с медицинской точки зрения;

3.5. организация услуг осуществляется Сервисной компанией Страховщика.

3.6. Расходы и выплаты не превышают страховую сумму и лимиты для соответствующего состояния;

3.7. Медицинские расходы возникли за пределами Российской Федерации, за исключением

а) расходов на лекарственные препараты в Российской Федерации (пункт 7.5. Программы страхования)

б) расходов, связанных с Контролем состояния здоровья (пункт 7.6. Программы страхования)

3.8. Расходы на проезд и проживание покрываются в пределах максимум 3 поездок туда и обратно, как указано в пунктах 7.2. и 7.3. Программы страхования. Расходы на медицинскую диагностику, лечение, услуги, изделия медицинского назначения или рецептурные лекарственные препараты входят в покрытие по Договору в соответствии с разделом 7 Программы страхования.

4. Территория действия покрытия

4.1. Если иное не указано Договором страхования, оказание медицинской помощи осуществляется согласно трём уровням географического покрытия на выбор для Застрахованного лица при наступлении страхового случая в зависимости от отсутствия или наличия безусловной денежной франшизы и ее размера:

4.1.1. Уровень 1 (без оплаты безусловной денежной франшизы) – лечение за рубежом в Испании, Израиле, Южной Корее, Турции, Чехии, Хорватии, Тайване, Малайзии, Беларуси;

4.1.2. Уровень 2 (безусловная денежная франшиза 2,000 Евро) - лечение за рубежом в любых странах мира, кроме указанных для Уровня 1 и Уровня 3;

4.1.3. Уровень 3 (безусловная денежная франшиза 5,000 Евро) - лечение за рубежом в Швейцарии и США.

Безусловная денежная франшиза взимается Страховщиком до организации лечения за рубежом и оплачивается Застрахованным путем перечисления на расчётный счет Страховщика в рублях по курсу ЦБ на дату оплаты.

В случае, если данная Программа является приложением к Договору страхования, представляющему собой годовое возобновление (продление) без перерыва в действии страхования: в отношении любых страховых случаев, заявленных до даты начала срока действия данного годового Договора страхования территория оказания медицинских услуг, установленная Программой на дату заявления случая, остаётся без изменений. Возможность выбирать из уровней 1, 2 и 3 предоставляется только для страховых случаев (убытков), заявленных не ранее даты начала срока действия соответствующего годового Договора страхования.

4.2. В Российской Федерации покрываются следующие расходы:

- а) расходы на лекарственные препараты (п. 7.5. Программы страхования)
- б) расходы на услуги по контролю за состоянием здоровья (пункт 7.6. Программы страхования),
- в) расходы для определения подходящих доноров среди членов семьи Застрахованного лица.

5. Временная франшиза

5.1. В рамках настоящей программы устанавливается временная франшиза длительностью 180 дней с даты начала срока страхования, если иное не установлено Договором страхования. На протяжении временной франшизы любое заболевание, которое было диагностировано, либо первые симптомы/свидетельства (признаки) которого были зафиксированы в медицинских документах, не признается страховым случаем и организация медицинских и иных услуг не предусмотрена.

6. Перечень критических заболеваний/хирургических операций:

Вариант 1

6.1. Группа онкологических заболеваний

Лечение в отношении следующих состояний:

- любых злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому, характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей;
- любого рака in situ, область поражения которого ограничена эпителием, на котором он возник, при условии, что строма и окружающие ткани не были затронуты;
- любого предракового изменения в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (онкологом) на основании гистологического или цитологического исследования.

Исключения составляют:

- Рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи), за исключением злокачественных меланом);
- Любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).
- любое лечение, предусматривающее применение Технологии CAR

Каждая из следующих групп медицинских процедур/операций покрываются Договором с использованием отдельного Периода ответственности по страховому случаю, если основное Заболевание, приведшее к необходимости такой процедуры, не связано с лечением онкологического заболевания: Сердечно-сосудистая хирургия (п. 6.2 Программы), Нейрохирургия (п. 6.3 Программы), Трансплантация (п. 6.4 Программы). Если какая-либо медицинская процедура/операция связана с лечением онкологического заболевания, то для лечения данных заболеваний используется единый Период ответственности по страховому случаю в рамках группы Онкологических заболеваний (п. 6.1 Программы).

6.2. Группа сердечно-сосудистой хирургии:

6.2.1. Операция шунтирования коронарной артерии (реваскуляризация миокарда)

Прохождение хирургической операции по рекомендации консультанта-кардиолога для коррекции сужения или блокирования одной или более коронарных артерий путем установки обходных трансплантатов.

Исключения: любая коронарная болезнь, лечение которой проводится с использованием иных методов, нежели шунтирование коронарных артерий, например, любым видом ангиопластической хирургии, методом стентирования.

6.2.2. Пересадка или восстановление сердечного клапана

Замена или восстановление одного или нескольких клапанов сердца по рекомендации консультанта-кардиолога, независимо от того, выполняется ли это с использованием открытой операции на грудной клетке, малоинвазивным способом или с помощью сердечного катетера.

6.3. Группа нейрохирургии

Означает любое хирургическое вмешательство в головной мозг, любые другие внутримозговые структуры, а также при доброкачественных опухолях в спинном мозге (medulla spinalis).

6.4. Группа трансплантации органов:

6.4.1. Пересадка органа от прижизненного донора

Означает хирургическую трансплантацию, при которой Застрахованному лицу пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы от живого совместимого донора.

Исключения: Любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени. Любая трансплантация, являющаяся аутологической. Любая трансплантация, когда Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу. Любая трансплантация органов от мертвого донора. Любая трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками. Трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

6.4.2. Пересадка костного мозга

Трансплантация костного мозга (ТКМ) или Трансплантация стволовых клеток периферической крови (ТПСК) костного мозга Застрахованному лицу, полученных:

- от самого Застрахованного лица (аутогенная пересадка костного мозга); или
- от живого совместимого донора (аллогенная пересадка костного мозга).

Исключается трансплантация гемопоэтических стволовых клеток с использованием пуповинной крови.

Вариант 2

6.1. Группа онкологических заболеваний

Лечение в отношении следующих состояний:

- любых злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому, характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей;
- любого рака in situ, область поражения которого ограничена эпителием, на котором он возник, при условии, что строма и окружающие ткани не были затронуты;
- любого предракового изменения в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия.

Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (онкологом) на основании гистологического или цитологического исследования.

Исключения составляют:

- Рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи), за исключением злокачественных меланом);
- Любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).
- любое лечение, предусматривающее применение Технологии CAR.

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

По Договору покрываются следующие услуги и расходы (в пределах лимитов, установленных настоящей Программой страхования и Договором страхования) возникающие вследствие подтвержденного страхового события по Договору:

- Медицинские расходы во время лечения за рубежом (пункт 7.1. Программы)
- Не медицинские расходы во время лечения за рубежом: Расходы на проезд (пункт 7.2. Программы), Расходы на проживание (пункт 7.3. Программы), Расходы по репатриации при неблагоприятном течении лечения (7.4. Программы).
- Медицинские расходы по возвращению после лечения за рубежом: Расходы на лекарственные препараты, приобретенные в Российской Федерации (пункт 7.5. Программы), Расходы, связанные с контролем состояния здоровья по возвращении после лечения за рубежом (пункт 7.6. Программы)

Услуги должны быть оказаны и расходы должны возникнуть в течение Периода ответственности по страховому случаю.
Услуга «Второе медицинское мнение» может быть получена однократно по страховому случаю.

7.1. МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ:

7.1.1. При лечении в больнице в отношении следующего:

7.1.1.1 Проживание, питание и общие услуги по медицинскому уходу, предоставленные во время пребывания Застрахованного лица в комнате, палате или отделении медицинского учреждения либо в отделении интенсивной терапии и контроля;

7.1.1.2 Другие больничные услуги, в т. ч. услуги, предоставленные в амбулаторном отделении больницы, а также расходы, относящиеся к стоимости дополнительной либо соседней койки, если больница оказывает такую услугу;

7.1.1.3 Использование операционной и всех относящихся к ней услуг.

7.1.2. За лечение в дневном стационаре или независимом центре по улучшению бытовых условий, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо предписание покрываются согласно Программе страхования и предусмотрены в данной больнице.

7.1.3. За лечение у врача – в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции.

7.1.4. За визиты врачей в процессе госпитализации.

7.1.5. За следующие медицинские и хирургические услуги, лечебные процедуры и предписания:

7.1.5.1 Анестезия и введение анестетиков, при условии выполнения квалифицированным анестезиологом;

7.1.5.2 Лабораторные анализы и исследование патологий, рентгенографические исследования, проводимые в целях подготовки к лечению, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие подобные анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

7.1.5.3 Переливания крови, введение плазмы и сыворотки;

7.1.5.4 Расходы, связанные с использованием кислорода, применение внутривенных растворов и инъекций.

7.1.5.5 Лучевая терапия: воздействие высокоэнергетической радиацией, чтобы уменьшить опухоли и убить раковые клетки, с помощью рентгеновских лучей, гамма-лучей и заряженных частиц - эти типы радиации используются для лечения рака путем воздействия внешними приборами (внешнее облучение), или радиоактивными веществами вводимыми в организм пациента в области опухоли (внутреннее облучение, брахитерапия).

7.1.5.6 Реконструктивная хирургия для восстановления части тела, поврежденной или удаленной в ходе медицинских процедур/операций, организованных и оплаченных в соответствии с условиями.

7.1.6 Лечение осложнений или побочных эффектов, непосредственно связанных с медицинскими процедурами, организованными и оплаченными в рамках настоящего полиса, которые:

- требуют немедленной медицинской помощи в поликлинике или клинических условиях, и
- необходимы для до того, чтобы застрахованный мог самостоятельно вернуться в страну проживания после завершения этапа лечения за рубежом.

7.1.7. За Лекарственные препараты, применяемые по медицинскому предписанию при Госпитализации Застрахованного лица для лечения покрываемого страхованием заболевания или для медицинской процедуры. Лекарственные препараты, предписанные для послеоперационного лечения, покрываются в течение 30 дней с момента завершения стадии лечения Застрахованного лица, проведенного за пределами РФ, и только при приобретении перечисленного перед возвращением в РФ.

7.1.8. За перемещение и транспортировку наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование показано или предписано врачом либо предварительно одобрено Сервисной компанией.

7.1.9. За услуги, оказываемые прижизненному донору в процессе удаления органа или ткани, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу, заключающиеся в следующем:

7.1.9.1 Стоимость анализов и тестов, выполняемых для определения подходящих доноров среди членов семьи Застрахованного лица (в том числе на территории Российской Федерации);

7.1.9.2 Больничные услуги, оказываемые донору, в т. ч. размещение в больничной комнате, палате или отделении, питание, услуги общего медицинского ухода, услуги, регулярно оказываемые персоналом больницы, лабораторные анализы, использование оборудования и других материально-технических средств больницы (за исключением предметов личного пользования, которые не являются необходимыми в процессе удаления предназначенного для трансплантации органа или ткани);

7.1.9.3 Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу.

7.1.10. За услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу. Покрытие будет обеспечено только для расходов, понесенных с даты выпуска предварительного медицинского свидетельства.

7.2. РАСХОДЫ НА ПРОЕЗД

Если иное не установлено Договором страхования, расходы на проезд оплачиваются в общей сложности на первые 3 поездки в оба конца для застрахованного, сопровождающего (или двух сопровождающих, если застрахованный является несовершеннолетним) для каждой поездки, включая выезд из России к месту лечения и возвращение в Россию к постоянному месту жительства.

Даты и продолжительность поездки будет определяться Сервисной компанией на основании плана лечения, определенного зарубежными лечащими врачами.

7.2.1 Для проезда в страну лечения Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, а также прижизненного донора в случае трансплантации, с единственной целью проведения лечения, утвержденного Сервисной компанией. Все мероприятия по подготовке переезда проводит Сервисная компания, при этом Страховая компания не оплачивает расходы по проезду, осуществленные Застрахованным лицом либо третьим лицом от имени Застрахованного лица.

7.2.2 Сервисная компания будет нести ответственность за определение дат поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной компании, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховой компании и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

7.2.3 Покрываемые страхованием мероприятия по проезду включают в себя:

7.2.3.1 проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции,

7.2.3.2 проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса (если иное не предусмотрено Договором страхования) до города, где будет проводиться лечение, а также трансфер до указанного отеля,

7.2.3.3 проезд от установленного отеля или больницы в аэропорт или до международной железнодорожной станции,

7.2.3.4 проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса (если иное не предусмотрено Договором страхования) до города, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо,

7.2.3.5 проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного лица.

7.2.3.6. Проезд Застрахованного лица и/или сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) от предусмотренной гостиницы до стационара или лечащего врача, и обратно (данный сервис будет доступен только в том случае, если он организуется Сервисной компанией, и будет покрыта только одна поездка в обе стороны в день).

7.2.3.7 В случае, если для прохождения полного курса лечения требуется более 3 поездок за рубеж, то расходы на проезд для застрахованного, сопровождающего на 4 (четвертую) и следующие поездки организуются и оплачиваются Застрахованным самостоятельно.

Покрываемые расходы также включают расходы на транспортировку Застрахованного и/или сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) от предусмотренной гостиницы до стационара или лечащего врача, и обратно – максимум до 100 евро в сутки (но не более чем за 60 суток по страховому случаю) в соответствии с условиями Программы. Данный сервис будет доступен только в том случае, если он организуется сервисной компанией, и будет покрыта только одна поездка в обе стороны в день.

7.3. РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ

Если иное не установлено Договором страхования, расходы на проживание оплачиваются в общей сложности за первые 3 поездки для застрахованного, сопровождающего (или двух сопровождающих, если застрахованный является несовершеннолетним) на весь период каждой поездки.

7.3.1. Для размещения Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (а также прижизненного донора в случае трансплантации) во время пребывания в стране лечения с единственной целью проведения лечения, утвержденного Сервисной компанией. Все мероприятия по организации проживания должна осуществлять Сервисная компания, при этом Страховая компания не оплачивает проживание, организованное Застрахованным лицом либо любым третьим лицом, действующим от имени Застрахованного лица.

7.3.2. Сервисная компания отвечает за определение дат отъезда/приезда и срока поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного количества времени для осуществления личных приготовлений.

7.3.3. В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной компании, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховой компании и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

7.3.5. Мероприятия по организации проживания включают в себя бронирование двухместного номера или номера с двупальной кроватью в отеле категории 3/4 звезды, включая завтрак, если иное не предусмотрено Договором страхования. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км.

7.3.6 Питание (за исключением завтрака) и непредвиденные расходы в отеле, повышение уровня комфортности в соответствующем отеле не компенсируются.

7.3.7 В случае, если для прохождения полного курса лечения требуется более 3 поездок за рубеж, то расходы на проживание для застрахованного, сопровождающего на 4 (четвертую) и следующие поездки организуются и оплачиваются Застрахованным самостоятельно,

7.4. РАСХОДЫ ПО РЕПАТРИАЦИИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ

7.4.1 В случае смерти Застрахованного лица (либо прижизненного донора в случае трансплантации), произошедшей за пределами Российской Федерации в процессе проведения лечения, предусмотренного по Договору, Страховая компания организует а Страховщик оплатит репатриацию останков в РФ.

7.4.2 Компенсация указанных расходов ограничивается только услугами и материалами, необходимыми для подготовки тела умершего и его транспортировки в РФ, в т. ч.:

7.4.2.1 услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;

7.4.2.2 обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;

7.4.2.3 транспортировка тела умершего от аэропорта до назначенного места захоронения в РФ.

7.5. РАСХОДЫ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИОБРЕТЕННЫЕ В РФ

7.5.1. Стоимость или часть стоимости приобретенных на территории РФ самим Застрахованным или лицом, действующим по его поручению, лекарственных препаратов (до 50 000 Евро совокупно в течение общего срока действия Договора при его непрерывной пролонгации, если иное не предусмотрено Договором страхования) после оплаченного по данному Договору стационарного лечения, рекомендованных Застрахованному к применению его зарубежным лечащим врачом согласно плану лечения Сервисной компании, при одновременном выполнении следующих четырех условий:

7.5.1.1 Страховщику предъявлены рецепты на такие же препараты, выписанные российским врачом, и доказательства оплаты Застрахованным соответствующих препаратов (чеки/квитанции об оплате / банковские выписки) в течение 180 дней со дня осуществления покупки,

7.5.1.2 данные лекарственные препараты зарегистрированы Министерством здравоохранения РФ и находятся в свободной продаже на территории России,

7.5.1.3 сам лекарственный препарат приобретен на территории России, и каждый рецепт выписан на количество лекарственного препарата, достаточное для приема в течение не более двух месяцев.

7.5.1.4. Рецепт на лекарственные препараты выписан в течение соответствующего Периода действия страхового покрытия.

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

7.5.3. Стоимость применения медицинских препаратов или любых иных услуг или лекарственных препаратов, не подтвержденных заключением Сервисной компании, исключается из расчета страховой выплаты.

7.5.4. Покупка лекарственных препаратов на территории РФ, должна быть организована и оплачена самим Застрахованным. Страховщик возмещает Застрахованному расходы на приобретенные лекарственных препаратов после получения соответствующего рецепта, товарного чека и документа, подтверждающего оплату. Застрахованный предоставляет перечисленные выше документы не позднее, чем через 180 календарных дней с момента оплаты лекарственных препаратов.

7.5.5. В случае, если рекомендованные лекарственные препараты (или их аналоги с аналогичной эффективностью), что подтверждается сервисной компанией:

- официально не одобрены в Российской Федерации, или
- недоступны Застрахованному лицу для покупки в Российской Федерации (не находятся в свободной продаже в РФ), как указано в приведенном выше пункте 7.5.1.2.

то предусмотрена оплата расходов на лекарственные препараты, предварительно согласованных со Страховщиком и Сервисной компанией и приобретенных за пределами Российской Федерации.

7.6. КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПО ВОЗВРАЩЕНИИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗА РУБЕЖОМ

7.6.1. По возвращении в РФ после окончания этапа лечения за рубежом, полисными условиями предусматривается оплата расходов, связанных с Контролем состояния здоровья Застрахованного на территории РФ, при соблюдении следующих условий:

7.6.1.1. Контроль состояния здоровья осуществляется в одной из клиник, выбранных Сервисной компанией и

7.6.1.2. Контроль состояния здоровья осуществляется в Российской Федерации в сроки и в порядке, необходимые для проведения текущего наблюдения, и

7.6.1.3. Контроль состояния здоровья осуществляется в соответствии с рекомендациями зарубежного лечащего врача(ей), по мере необходимости наблюдения и оценки состояния, и

7.6.1.4. Счета за услуги, связанные с Контролем состояния здоровья, выставлены до окончания соответствующего периода ответственности по страховому случаю.

7.6.2. Услуги, связанные с Контролем состояния здоровья, при его осуществлении в Российской Федерации, должны быть организованы и оплачены непосредственно застрахованным лицом в Российской Федерации. Страховая компания возместит Застрахованному расходы после получения оригинала счета и подтверждения оплаты, при условии, что счета будут представлены в Страховую компанию не позднее чем через 180 дней после даты возникновения расходов.

7.6.3. В случае, если врачи, ответственные за осуществление Контроля состояния здоровья в Российской Федерации, указывают, что в связи с изменением состояния здоровья Застрахованного, необходимо изменить предписанные методы Контроля состояния здоровья, первоначально установленные зарубежным лечащим врачом, новые методы контроля необходимо довести до сведения зарубежного лечащего врача для утверждения и одобрения, если таковое будет, и возмещение расходов будет производиться в соответствии с новыми одобренными методами.

7.6.4. В случаях, когда стоимость Контроля состояния здоровья была частично компенсирована в рамках государственной системы здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом, Страховая компания возместит только те расходы, которые не финансируются из иных источников, и, следовательно, должны быть оплачены непосредственно Застрахованным. В заявлении на возмещение расходов необходимо разделить на расходы, оплаченные непосредственно Застрахованным, и на расходы, покрываемые из указанных выше источников.

7.6.5. Контроль состояния здоровья может быть организован Сервисной компанией по запросу Застрахованного лица за рубежом, при выполнении условий, перечисленных в пунктах 7.6.1.3. и 7.6.1.4.

В этом случае

➢ Контроль состояния здоровья будет осуществляться зарубежным врачом (врачами) и их сотрудниками, у которого (которых) осуществлялось лечение Застрахованного лица.

➢ Страховщик напрямую оплатит медицинские расходы, связанные с проведением консультаций и обследований.

Сервисная компания организует транспортировку и размещение на условиях, описанных в пунктах 7.2. и 7.3. для застрахованного и сопровождающего, с учетом общего ограничения в 3 (три) поездки в оба конца по страховому случаю.

8. Исключения из страхового покрытия

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

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

8.1.1. Расходы, понесенные в связи со всеми заболеваниями и медицинскими процедурами, специально не предусмотренными в Перечне критических заболеваний/хирургических операций.

8.1.2. Любые расходы, связанные с заболеваниями или травмами, полученными в результате войны, террористических актов, сейсмических движений, волнений, мятелей, наводнений, извержений вулкана, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции и другими необычными либо катастрофическими явлениями; а также в связи с официально объявленными эпидемиями.

8.1.3. Любые медицинские расходы, необходимость в которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголя и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов (в том числе алкогольная и наркотическая кардиомиопатия, алкогольная или наркотическая энцефалопатия, алкогольный или наркотический цирроз печени). К исключениям также относятся состояния и заболевания, причиной которых является попытка совершения суицида либо причинение себе вреда.

8.1.4. Расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного лица, либо возникшими при совершении преступления.

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

8.1.6. Убытки, если застрахованный до, во время или после окончания процесса признания случая страховым:

- не следовал рекомендациям, назначениям или установленному лечащим врачом плану лечения или
- отказывался от какого-либо лечения или от дополнительных обследований или анализов, необходимых для установления окончательного диагноза или плана лечения.

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

8.2.1. Предшествующие состояния.

8.2.2. Экспериментальное лечение, а также диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения.

8.2.3. Медицинские процедуры, необходимые в связи с наличием СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита) или иного состояния, возникшего вследствие данных заболеваний (в т. ч. саркомы Капоши), а также для лечения СПИДа и ВИЧ.

8.2.4. Любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения покрытого страхованием заболевания либо проведения медицинской процедуры согласно Перечня критических заболеваний/хирургических операций.

8.2.5. Расходы на альтернативные методы лечения, обслуживание, изделия медицинского назначения или рецептурные лекарственные препараты по заболеванию, лучшим лечением для которого является трансплантация, покрываемая Договором страхования в соответствии с пунктом 6.4. Группа трансплантации органов

8.2.6. Любое заболевание или медицинское состояние, которое было вызвано медицинскими процедурами, организованными и оплаченными по настоящему Договору, за исключением случаев, когда данное заболевание или медицинское состояние покрывается в соответствии с настоящей Программой страхования.

8.2.7. Лечение длительных побочных эффектов, избавление от хронических симптомов или реабилитация (включая, но не ограничиваясь физиотерапией, двигательной реабилитацией, логопедией и языковой терапией).

8.2.8. Любые расходы, понесенные в связи с любыми диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, поставкой или назначением медицинских услуг любого характера, понесенные в Российской Федерации, за исключением:

- а) расходы на лекарственные препараты, покрываемые в РФ (п. 7.5. Программы страхования)
- б) расходы на контроль здоровья, покрываемые РФ (п. 7.6 Программы страхования)
- в) анализов/тестов, выполняемых в РФ для определения подходящих доноров среди членов семьи Застрахованного лица.

8.2.9. Любые расходы, возникшие в связи с какими-либо диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, принадлежностями, медицинским предписанием любого характера, понесенные в любой стране мира, тогда как Застрахованное лицо:

- а) проживало за пределами РФ на протяжении более чем 183 дня в период 12 месяцев до первого обращения по Программе страхования, или
 - б) не проживало на постоянной основе в Российской Федерации в момент подачи заявления по страховому случаю.
- (Для сценариев международной мобильности работников и членов их семей, охватываемых системой корпоративных льгот, применимы следующие специальные условия.)

Сценарий I

Данное исключение не применимо в течение соответствующего первого страхового года для застрахованного лица, которое присоединяется к коллективному договору страхования, заключенному с юридическим лицом, или заключает индивидуальный договор страхования в рамках организуемого работодателем добровольного страхования, в следующих случаях:

- а. Страхование покрывается для работников (и членов их семей, если применимо), которые начинают работать в коллективе Страхователя (в организации) в Российской Федерации и которые переехали из зарубежной страны в Российскую Федерацию специально для того, чтобы стать работниками Страхователя (организации);
- б. Страхование покрывается для работников (и членов их семей, если применимо), которые начали работать в коллективе Страхователя (организации) на постоянной основе в Российской Федерации до даты начала корпоративной программы страхования.

Сценарий II

Данное исключение не распространяется на работников (и, если применимо, застрахованных членов их семей), которые ранее работали за пределами Российской Федерации в связи с международным назначением и которые возвращаются на работу в коллектив Страхователя (организации) в Российской Федерации сразу после завершения международного назначения.

Застрахованные лица, относящиеся к данному Сценарию II, будут иметь право обратиться за услугами по настоящей Программе в связи с любым диагнозом, поставленным до или во время международного назначения, при соблюдении всех следующих критериев:

- 1) Страхование покрывается по действующему договору страхования "Здоровье без границ" оставалась в силе в течение всего периода международного назначения (командировки);
- 2) Обращение за организацией услуг по настоящей программе производится после возвращения на работу в Российскую Федерацию.
- 3) Работник работает в организации полный рабочий день на момент уведомления о наступлении события, обладающего признаками страхового случая в рамках настоящей Программы.
- 4) Если для обеспечения дополнительного покрытия во время международного назначения работнику предоставляется специальная международная программа страхования (например, CIGNA International или аналогичная программа), соответствующее застрахованное лицо не должно быть застраховано по этой международной программе страхования на момент уведомления о наступлении события, обладающего признаками страхового случая в рамках настоящей Программы.)

8.2.10. Любые расходы, понесенные в отношении какого-либо заболевания, диагностированного либо проявившегося первыми задокументированными симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными или инструментальными исследованиями в период временной франшизы.

8.2.11. Любые расходы, понесенные до согласования плана лечения с Сервисной компанией (до получения Предварительного медицинского свидетельства).

8.2.12. Любые расходы, понесенные в другой больнице, нежели уполномоченная больница, указанная в Предварительном медицинском свидетельстве.

8.2.13. Любые расходы, понесенные без соблюдения положений раздела 9 Программы страхования.

8.2.14. Любые расходы, понесенные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, санатории, клиники природного лечения, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры.

8.2.15. Любые расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, биндажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, зубных протезов (включая импланты, коронки) грыжевых биндажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез и искусственных клапанов сердца, необходимых для проведения медицинских процедур, организованных и оплаченных в рамках Программы страхования.

8.2.16. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования.

8.2.17. Любые лекарственные препараты, которые не отпускаются в лицензированной аптеке, либо приобретенные без наличия медицинского рецепта.

8.2.18. Любые расходы, понесенные вследствие применения альтернативной медицины, даже если такие меры специально прописаны врачом.

8.2.19. Любые расходы на медицинский уход или меры предосторожности в случаях когнитивных нарушений, старческой немощи или нарушения головного мозга, независимо от стадии их прогрессирования.

8.2.20. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам.

8.2.21. Любые расходы, понесенные Застрахованным лицом или его родственниками и сопровождающими лицами помимо указанных в разделе 7 Программы страхования.

8.2.22. Любые заболевания Застрахованного, которые были диагностированы, выявлены, в отношении которых проводилось лечение либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами/свидетельствами(признаками) в течение периода временной франшизы.

8.2.23. Лечение с применением генной терапии, терапии соматических клеток, тканево-инженерных методов, CAR T-клеточной терапии.

8.2.24. Расходы на лекарственные препараты (пункт 7.5 Программы страхования) не оплачиваются в следующих случаях:

- стоимость лекарственных средств была частично компенсирована в рамках государственной системы здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом,
- стоимость введения/применения препарата;
- стоимость лекарственных препаратов, приобретенных за пределами Российской Федерации, если иное не установлено договором,

▪ стоимость лекарственных средств, при предоставлении Страховщику документов на возмещение более чем через 180 календарных дней с момента возникновения расходов.

8.2.25. Расходы на Контроль состояния здоровья (пункт 7.6 Программы страхования) не оплачиваются, если расходы были компенсированы государственной системой здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом.

▪ Расходы относятся к медицинским услугам, не предусмотренным планом лечения.

▪ Расходы понесены в медицинском учреждении, не согласованном со Страховщиком и сервисной компанией.

▪ При предоставлении Страховщику документов на возмещение более чем через 180 календарных дней с момента возникновения расходов.

8.2.26. Любые расходы, понесенные по окончании Периода ответственности по страховому случаю, если иное не установлено в разделе 10 Программы страхования.

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

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

9.2. При обращении за услугами по Программе страхования, Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику и/или Сервисной компании следующие документы:

- оригинал договора страхования (полиса),
- заявление по установленной Страховщиком форме,
- документ, подтверждающий личность Застрахованного (Выгодоприобретателя),
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу критическое заболевание (кардиолога, невропатолога, нефролога, онколога, кардиохирурга и т.д.),
- копию листа нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованный (при наличии),
- результаты проведенных анализов и исследований, подтверждающие диагноз,
- оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). При амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения;
- оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением, содержащая информацию о всех имевшихся у Застрахованного заболеваниях за последние 5 лет с указанием установленных диагнозов, даты их установления, а также проведенного в связи с заболеванием лечения.

9.3. Застрахованное лицо обязано предоставлять Страховщику и Сервисной компании доступ к своим медицинским документам, имеющимся у Застрахованного лица или у врачей, больниц либо иных медицинских организаций, ответственных за лечение до даты уведомления о событии, имеющем признаки страхового случая. Любое заявление о событии, имеющем признаки страхового случая, будет рассмотрено, когда вся необходимая информация получена от Застрахованного лица и соответствующих врачей, больниц или иных медицинских организаций.

9.4. Для подтверждения диагноза и/или плана лечения Застрахованному лицу может быть предоставлена услуга «Второе медицинское мнение». Услуга «Второе медицинское мнение» включает предоставление Застрахованному лицу полного письменного отчета, в котором независимым медицинским экспертом указываются диагноз и варианты лечения.

9.5. После получения всех соответствующих диагностических тестов и истории болезни по запросу страховщика/сервисной компании Застрахованный будет уведомлен, покрывается ли диагноз полисом.

9.6. Если Застрахованный запрашивает Второе медицинское мнение, эта услуга должна быть предоставлена до принятия решения о признании случая страховым и до начала лечения за рубежом.

9.7. В случае принятия Застрахованным лицом решения о проведении лечения за пределами Российской Федерации, Застрахованное лицо должно письменно уведомить о таком решении Сервисную компанию или Страховщика.

Если застрахованный заявляет о желании лечиться за рубежом, Сервисная компания проверяет, не истёк ли Период ответственности по страховому случаю, в результате чего возможны следующие варианты:

➤ Вариант 1: Полный срок лечения

Если по соответствующей покрываемой по полису группе критических заболеваний/хирургических операций не заявлялось событий, признанных страховым случаем, вследствие которых лечение могло бы быть организовано и оплачено в соответствии с условиями. Таким образом, Сервисная компания подтверждает длительность Периода ответственности по страховому случаю 36 месяцев.

➤ Вариант 2: Сокращённый срок лечения

Если по соответствующей покрываемой по полису группе критических заболеваний/хирургических операций ранее было заявлено событие, признанное страховым случаем, и вследствие которого было организовано и оплачено лечение в соответствии с условиями. Таким образом, Сервисная компания подтверждает длительность Периода ответственности по страховому случаю в количестве оставшихся месяцев.

➤ Вариант 3: Срок лечения истёк

Если по соответствующей покрываемой по полису группе критических заболеваний/хирургических операций были заявлено событие(я), признанные страховыми случаями, и вследствие которых было организовано и оплачено лечение по полису, при этом Период ответственности по страховому случаю полностью истёк. Таким образом, Сервисная компания проинформирует об окончании Периода ответственности по страховому случаю.

После этого в соответствии со сценариями 1 и 2 Сервисная компания выдаст Застрахованному лицу список из как минимум трёх рекомендуемых больниц за пределами Российской Федерации на основании выбора Застрахованным лицом страны (или стран)

для прохождения лечения. Застрахованное лицо в течение трех месяцев с момента получения отчета обязано сообщить Сервисной компании о выборе больницы из представленного списка.

9.8. После получения Сервисной компанией подтверждения Застрахованного лица о выбранной больнице из списка рекомендуемых больниц для лечения, при условии, что начало лечения запланировано до даты окончания Периода ответственности по страховому случаю, Сервисная компания осуществит организацию необходимых логистических и медицинских мер для надлежащего поступления Застрахованного лица в выбранную больницу, и выдаст Предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанной больницы.

9.9. Предварительное медицинское свидетельство обеспечивает Застрахованному лицу доступ к лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранной больнице в соответствии с обращением по страховому случаю. Любые расходы, понесенные в иной больнице, нежели указанная в предварительном медицинском свидетельстве, оплате не подлежат. Любые расходы, понесенные до выдачи предварительного медицинского свидетельства, страховому покрытию не подлежат.

9.10. В случае если Застрахованное лицо не выбрало больницу из списка рекомендованных больниц или не инициировало лечение в одобренной больнице, указанной в Предварительном медицинском свидетельстве в течение трёх месяцев с даты выпуска данного документа, Сервисная компания заново выпустит Предварительное медицинское свидетельство на основании состояния здоровья Застрахованного лица на данный момент времени.

9.11. При условии соблюдения положений Предварительного медицинского свидетельства, Страховая компания, согласно Договору страхования, напрямую оплачивает медицинские и иные расходы в отношении Застрахованного лица соответствующим медицинским и иным организациям, с учетом ограничений, исключений и условий, установленным в Договоре и Программе.

9.12. Застрахованное лицо и его родственники должны допускать врачей – представителей Сервисной компании, и/или Страховщика – к нанесению визитов, а также к наведению любых справок, необходимых для Страховой компании. Отказ в допущении таких визитов будет расценен Страховой компанией как явно выраженный отказ от права на получение услуг и выплат по Договору.

9.13. Если возвращение в РФ происходит до окончания Периода ответственности по страховому случаю, Сервисная компания представит застрахованному инструкцию по пользованию медицинскими услугами после возвращения из-за рубежа, в соответствии с пунктом 7.6. настоящей Программы страхования. Эти инструкции будут основаны на рекомендациях зарубежного лечащего врача(ей).

В этом случае Застрахованный до окончания Периода ответственности по страховому случаю:

- Пользуется возможностью приобретения лекарственных препаратов в соответствии с пунктом 7.5 Программы страхования и
- Пользуется услугой Контроля состояния здоровья в соответствии с пунктом 7.6 Программы страхования

9.14. После окончательного возвращения Застрахованного в РФ по завершении запланированного лечения, изменение состояния Застрахованного может потребовать оценки данного состояния для определения необходимого по медицинским показаниям нового лечения. Если Договор страхования действует и не истёк Период ответственности по страховому случаю, Застрахованный может обратиться в Сервисную компанию для проведения данной оценки.

9.14.1. Сервисная компания вновь проинформирует Застрахованного о шагах, необходимых для предоставления всех соответствующих диагностических тестов и медицинских документов, необходимых для завершения этой оценки.

9.14.2. Если оценка состояния подтвердит необходимость лечения, Сервисная компания подготовит новое Предварительное медицинское свидетельство и направит список рекомендованных клиник для лечения за рубежом (как указано в пп. 9.7-9.8 Программы страхования).

9.14.3. В результате оценки может быть организована новая услуга Второе Медицинское мнение, если это будет обосновано с медицинской точки зрения и согласовано с Сервисной компанией.

9.17. Полис будет продолжать обеспечивать покрытие всех услуг и медицинских расходов (как указано в разделе 7 настоящей Программы страхования) до конца Применимого Периода ответственности по страховому случаю в соответствии с условиями последнего выпущенного Предварительного медицинского сертификата.

10. Применяемый Период ответственности по страховому случаю

Применяемый Период ответственности по страховому случаю начинается с даты первой поездки за рубеж с целью лечения.

В соответствии с условиями, выплачивается страховое возмещение за оказанные услуги, расходы и дополнительные материальные компенсации (в пределах установленных индивидуальным Договором страховых сумм), понесенных в связи с расходами по предусмотренному Договором страховому случаю и в течение Периода ответственности по страховому случаю.

Если Застрахованный начинает лечение в стационаре, указанном в Предварительном медицинском свидетельстве, в Период ответственности по страховому случаю, то его медицинские расходы будут оплачиваться в соответствии с положениями пункта 7.1. Программы до даты возвращения в РФ, предусмотренной планом лечения.

11. Консьерж-сервис в России (ДЛЯ КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ)

В дополнение к лечению за рубежом, предусмотренному Программой страхования Застрахованное лицо по договору коллективного страхования также имеет право запросить Консьерж-сервис в России по покрываемому программой страхования заболеванию или процедуре, входящей в покрытие, по подтвержденному страховому случаю.

Консьерж-сервис в России – это услуга, предоставляемая по подтвержденному страховому случаю, в соответствии с которой Сервисная компания организует административную помощь в целях максимального расширения доступа к медицинской помощи, предоставляемой через систему обязательного медицинского страхования Российской Федерации (далее - Государственная Система здравоохранения).

В целях реализации данной услуги Сервисная компания может привлекать медицинские компании, обладающие опытом в отношении организации помощи в рамках Государственной системы здравоохранения.

Консьерж-сервис в России по подтвержденному страховому случаю может быть предоставлен в любое время в течение срока страхования и не исключает, не влияет и не изменяет право Застрахованного на получение страхового возмещения по настоящей Программе за рубежом.

Данная услуга не ограничена максимальным периодом ответственности по страховому случаю в случае пролонгации договора страхования, который применяется только для страхового возмещения при лечении за рубежом.

11.1 ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ ПОМОЩИ

Консьерж-сервис в России обеспечивает поддержку Застрахованного лица на следующих этапах:

- Подбор и рекомендации для выбора наиболее подходящего способа получения необходимых медицинских услуг по полису обязательного медицинского страхования.
- Организация медицинских услуг и сопровождение на всём протяжении лечения по полису обязательного медицинского страхования
- Юридическое сопровождение и административная помощь в решении вопросов, связанных с получением помощи по полису обязательного медицинского страхования.

11.2. ОГРАНИЧЕНИЯ

- Услуга Консьерж-сервис в России не может гарантировать доступ ко всему объему медицинской помощи, предоставляемой по полису обязательного медицинского страхования, который в свою очередь зависит от территориального прикрепления, существующих ограничений в системе Государственного здравоохранения, действующих на момент оказания услуги.
- Данная услуга не предусматривает покрытия каких-либо прямых или косвенных медицинских расходов, или связанных с ними расходов на проезд или проживание, в связи с получением медицинской помощи в рамках Государственной системы здравоохранения.

12. Условия оказания услуг в России в случае форс-мажора

12.1. В случае, если какие-либо форс-мажорные обстоятельства или логистические или операционные ограничения, введенные местными или международными властями после объявления Всемирной Организацией Здравоохранения пандемии, препятствуют дальнейшему осуществлению мероприятий по лечению за рубежом, Сервисная компания обеспечит предоставление медицинских услуг (п. 7.1 и 7.5), предусмотренных программой (за исключением проезда до места лечения и обратно, проживания и репатриации – пп. 7.2, 7.3 и 7.4) на территории Российской Федерации при условии, что те же логистические или операционные ограничения не препятствуют оказанию эквивалентных, практически осуществимых, альтернатив по медицинскому обслуживанию на территории Российской Федерации.

12.2. Услуги будут предоставляться в Российской Федерации только до тех пор, пока Сервисная компания не подтвердит возобновления возможности оказания медицинских услуг за рубежом.

12.3. Если иное не установлено договором, максимальный пожизненный лимит на оплату медицинских и иных услуг в Российской Федерации – эквивалент 125 000 евро.

12.4. Сервисная компания, совместно с застрахованным лицом, обязуется обратиться за получением медицинской помощи по программе государственных гарантий. Полис (договор страхования) предусматривает оплату только тех покрываемых договором страхования расходов в Российской Федерации, которые частично или полностью не финансируются за счет государственных гарантий или иным частным страховым полисом, принадлежащим Страхователю.

13. Дополнительные условия (ДЛЯ КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ)

ПРЕКРАЩЕНИЕ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПО ГРУППОВЫМ ДОГОВОРАМ СТРАХОВАНИЯ

13.1. Страховое покрытие для участников группы, включенных в Полис, прекращается незамедлительно после того, как они перестают соответствовать критериям правомочности для группового страхования. Это произойдет в следующих случаях:

- прекращено трудоустройство участника группы в группе; либо
- участник группы перестает являться сотрудником с активной занятостью; либо
- исчерпан пожизненный лимит страхового возмещения.

13.2 Страховое покрытие для членов семей, включенных в Полис, будет прекращаться незамедлительно после того, как они перестают соответствовать критериям правомочности для группового страхования, или если:

- на участника группы, к которому они относятся, действие Полиса больше не распространяется; либо
- партнер разводится или расстается с участником группы; либо
- исчерпан пожизненный лимит страхового возмещения.

13.3. В случае прекращения страхового покрытия для Застрахованного лица, если:

- Застрахованное лицо находится в процессе получения лечения за пределами страны; либо
- Страховая компания выдала Застрахованному лицу предварительное медицинское свидетельство.

Страховая компания будет гарантировать осуществление Выплат по Полису Застрахованным лицам в размере и пределах, указанных в действующем предварительном медицинском свидетельстве, и в течение периода не более 6 месяцев с даты открепления от коллективного договора.

Программа 14. «Репатриация»

Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная или медицинская репатриация и дата её проведения, определяются Сервисным центром.

Программа 14.1. «ТРАНСПОРТИРОВКА, ЭВАКУАЦИЯ И РЕПАТРИАЦИЯ»

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ

- медицинская транспортировка/эвакуация Застрахованного до ближайшего медицинского учреждения;
- медицинская транспортировка Застрахованного в другое медицинское учреждение по медицинским показаниям;
- медицинская репатриация с территории фактического нахождения Застрахованного лица в Российской Федерации в страну постоянного проживания или гражданства при наличии медицинских показаний;
- транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая.
- Покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе, на приобретение гроба/урны, бальзамирование или кремацию тела, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы

НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ / НЕ ВОЗМЕЩАЮТСЯ

- транспортировка/эвакуация/репатриация без наличия медицинских показаний; при наличии медицинских противопоказаний; по желанию Застрахованного;
- Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания
- Расходы на сопровождение гроба/урны родственником или иным доверенным лицом умершего застрахованного.

Страховая программа конкретного Договора может содержать один или несколько видов из поименованных услуг (транспортировка и/или эвакуация и/или репатриация)

Программа 14.2 РЕПАТРИАЦИЯ ОСТАНКОВ (ПОСМЕРТНАЯ РЕПАТРИАЦИЯ)

Предоставляемые услуги:

- транспортировка тела, посмертных останков до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате страхового случая.
- Покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе, на приобретение гроба/урны, бальзамирование или кремацию тела, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы

Не оказываются:

- Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания

Расходы на сопровождение гроба/урны родственником или иным доверенным лицом умершего застрахованного.

Программа 15. «Телемедицина»

Телемедицинские консультации (медицинская помощь с применением телемедицинских технологий) пациента или его законного представителя медицинским работником могут осуществляться в целях: профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента; принятия решения о необходимости сдачи различных анализов; принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации); при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии наличия ранее установленного диагноза и назначенного лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

Услуги оказываются с соблюдением норм действующего законодательства, а также с учетом специфики дистанционного консультирования.

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный, консультативный приемы врача терапевта/педиатра/врача общего профиля и врачей-специалистов (услуга Видео-доктор РЕСО)
- консультации психолога (услуга РЕСО Психолог)
- Второе медицинское мнение

Для получения телемедицинской консультации врачей и психологов необходимо пройти регистрацию в Личном кабинете, расположенном в мобильном приложении «РЕСО Мобайл» или на сайте <https://reso.ru>, выбрать пункт меню "Телемедицина".

Регистрация в Личном кабинете возможна только на российский номер мобильного (сотового) телефона (в формате +7 и далее 10 цифр)

Программа 15.1. ВИДЕО-ДОКТОР РЕСО

Предоставляемые услуги:

- дистанционные первичные, повторные, телеконсультативные приемы врача терапевта (педиатра) в неотложной форме. Услуги предоставляются дежурным врачом в режиме 24 часа в сутки, 7 дней в неделю и 365 дней в году (24/7/365).
- дистанционные первичные, повторные, телеконсультативные приемы врачей-специалистов для взрослых и детей. Приемы осуществляются в плановом порядке по предварительной записи в режиме работы врача.

Предварительная запись к специалистам доступна застрахованному в Личном кабинете.

По результатам медицинских консультаций составляется медицинское заключение, которое хранится в Личном кабинете застрахованного и в медицинской карте пациента клиники. Резюме телеконсультации врача в течение суток передается в Центр медицинской поддержки РЕСО для организации дальнейшего лечения, если это предусмотрено страховой программой.

По программе не оказываются:

- Оплата стоимости лечения и/или очных консультаций в клиниках;
- Оплата интернет-трафика, услуг оператора связи застрахованного;
- Предоставление медицинских услуг сверх указанного объема

Программа 15.2. РЕСО ПСИХОЛОГ

Приемы осуществляются в плановом порядке по предварительной записи в режиме работы врача. Запись на телемедицинские консультации осуществляется на ближайший месяц согласно расписанию работы специалиста и наличию свободных временных слотов для записи. Длительность приема - до 60 минут;

Предоставляемые услуги:

дистанционные телеконсультации психологов по вопросам, связанным с:

- а) Проблемами на работе: взаимоотношения в коллективе; стрессовые ситуации; решение конфликтов, профессиональное выгорание;
- б) Супружеские взаимоотношения;
- в) Детско-родительские взаимоотношения - поведение ребенка, вопросы воспитания, отношения с родителями
- г) Детско-подростковые проблемы, связанные со всем процессом взросления: принятие себя и своего тела; проблемы самоидентификации; меняющаяся самооценка; трудности в поиске друзей; как вести себя в компании и с лицами противоположного пола; поступление в школу; трудности в обучении; травля в школе (буллинг); взаимоотношения с учителями; плохие оценки; половое созревание; прощание со школой; экзамены.
- д) Личностными проблемами: страхи и фобии; комплексы; неуверенность в себе; серьезные диагнозы; прочие внутренние проблемы.

Не оказываются:

- Дальнейшие телеконсультации у психологов, если по результатам предшествующих консультаций психолог рекомендует лечение у других специалистов (невролог, психиатр);
- Проведение психологических консультаций курсом, в т.ч. заблаговременная запись на несколько телеконсультаций вперед для проведения курса психологического консультирования;
- Оплата стоимости очного психологического, психотерапевтического, психиатрического лечения и консультаций;
- Оплата интернет-трафика, услуг оператора связи застрахованного;
- Экстренная и неотложная психологическая помощь;
- Предоставление услуг сверх указанного объема.

Программа 15.2. ВТОРОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МНЕНИЕ

Второе медицинское мнение – это практика получения дополнительной консультации медицинского специалиста по результатам ранее проведенных медицинских исследований с целью уточнения диагноза и плана лечения. Консультация представляет собой экспертную оценку состояния здоровья пациента, и осуществляется высококвалифицированным врачом определенной специализации. Это позволяет достичь более точной интерпретации медицинских данных и, соответственно, повысить качество диагностики и лечения.

На услугу «Второе медицинское мнение» распространяется временная франшиза 30 дней с даты начала действия договора страхования (кроме непрерывной пролонгации договора страхования, содержащего эту услугу).

Для получения Второго медицинского мнения необходимо направить по указанной в полисе электронной почте письмо с кратким изложением проблемы. Ответным письмом застрахованный получит Опросник для получения Второго медицинского мнения. Необходимо заполнить его и приложить все запрошенные и необходимые документы и файлы.

Второе медицинское мнение предоставляется при следующих **ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**, которые представляют угрозу для жизни Застрахованного или могут привести к его инвалидности:

- Злокачественные онкологические заболевания, в том числе онкогематологические;
- Доброкачественные онкологические заболевания Центральной нервной системы;
- Инфаркты;
- Инсульты;
- Рассеянный склероз;
- Заболевания, при которых рекомендовано проведение хирургического лечения;
- Заболевания, при которых показана трансплантация органов;
- Инсулинозависимый сахарный диабет с осложнениями.

По одному случаю (заболеванию) Второе медицинское мнение предоставляется однократно в течение срока действия полиса.

Страховщик оставляет за собой право выбора консультирующего профильного лечебно-профилактического учреждения и соответствующего врача-специалиста.

Страховщик также осуществляет содействие в организации стационарного лечения (без оплаты его стоимости) в клиниках России по результатам полученного Второго медицинского мнения.

Программа 16. «Онко-поддержка»

Застрахованными по программе Онко-поддержка могут быть физические лица, у которых нет и никогда не были обнаружены / диагностированы онкологические заболевания (далее по тексту - ЗНО), они не проходили обследование в связи с любыми формами ЗНО, не планируют и не ожидают результатов анализов в связи с подозрением на ЗНО, с дальнейшим подтверждением ЗНО в период действия Договора страхования.

Под ЗНО подразумевается заболевание, входящее следующие в рубрики МКБ-10: - Злокачественные новообразования (C00-C97) - Новообразования in situ (D00-D09), подтвержденное гистологически, а также специалистом-онкологом.

Страховой случай - впервые выявленное ЗНО у застрахованного лица в течение срока действия полиса.

Страховым случаем не является подтвержденный диагноз ЗНО, поставленный в результате обследования, проведенного до даты заключения полиса.

Страховщик содействует получению Застрахованным лицом максимального полного объема медицинской помощи в рамках ОМС и программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи по поводу впервые выявленного ЗНО в период действия Договора страхования.

Для получения услуг направьте информацию с указанием ФИО, номера полиса, контактным телефоном и электронной почтой, установленным диагнозом (диагноз и дата его постановки) на указанный в полисе электронный адрес. Для дальнейшего взаимодействия с Вами свяжется специалист РЕСО. Для получения услуг по программе Застрахованному лицу в обязательном порядке необходимо предоставить документы, в соответствии со списком, полученным от РЕСО.

Услуги по программе предоставляются в течение 365 дней с даты первого обращения по страховому случаю

Предоставляемые услуги:

Персональный менеджер

- специалист, прикрепляемый к Застрахованному и отвечающий за его дальнейшее сопровождение в рамках оказания услуг. Услуга предоставляется в рабочие дни с 9-00 до 18-00 по московскому времени.

Верификация диагноза

- проверка первично поставленного диагноза ЗНО с целью его подтверждения или опровержения.

В течение 2х рабочих дней, следующих за получением от Застрахованного лица полного пакета обязательных документов, проводит их медицинскую проверку. В случае, если документов, указанных в перечне, недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая, Страховщик вправе мотивированно запросить у Застрахованного лица дополнительные документы.

При положительных результатах медицинской проверки (при соответствии Застрахованного лица требованиям, предъявляемым к лицам, принимаемым на страхование, и соответствия события признакам страхового случая), Страховщик информирует Застрахованное лицо о наличии или отсутствии необходимости гистопатологической проверки/пересмотра биологического материала (операционного или биопсии).

Объем исследований и медицинскую организацию, где будет проводиться гистопатологическая проверка / пересмотр биологического материала (операционного или биопсии), определяет Страховщик на основании рекомендаций врача-онколога и/или патоморфолога.

Срок транспортировки биологического материала от места его хранения/нахождения до места проведения гистопатологической проверки/пересмотра зависит от региона Российской Федерации и составляет от 1 (Один) до 6 (Шесть) рабочих дней.

Пересмотр биоматериала является обязательным условием верификации диагноза и проводится в течение 5 - 10 рабочих дней (без учета времени на транспортировку). При условии необходимости проведения иммуногистохимического исследования, указанный срок увеличивается на срок проведения такого исследования.

В диагностически сложных случаях срок проведения гистопатологической проверки/пересмотра может быть увеличен на срок проведения дополнительных диагностических исследований, определенных врачом-онкологом и/или гематологом, а также врачом-патоморфологом, осуществляющих верификацию диагноза. Увеличение срока зависит от срока проведения лабораторией соответствующего дополнительного диагностического исследования.

Если указанные диагностические исследования не проводились Застрахованному лицу или срок давности исследования не является надлежащим, Страховщик направляет Застрахованного на прохождение данных исследований за счет средств ОМС (оказывает информационно-консультационное содействие).

При отказе Застрахованного лица от гистопатологической проверки биологического материала при его наличии, Застрахованное лицо обязано направить Исполнителю письменный отказ об этом по установленной форме. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медицинской проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза и составление плана лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

При неинформативности и/или недостаточности биологического материала, необходимого для надлежащего проведения гистопатологической проверки, равно как и при отсутствии биологического материала ввиду невозможности его получения из-за специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), тактику и объем диагностического исследования определяют врач-онколог и/или гематолог, а также врач-патоморфолог, осуществляющие верификацию диагноза.

При возможности получения повторного биологического материала согласно рекомендациям врача-онколога и/или гематолога, а также врача-патоморфолога, осуществляющих верификацию диагноза, и отказе Застрахованного лица пройти соответствующее медицинское вмешательство для получения повторного биологического материала и/или отказе предоставления повторного биологического материала, Застрахованное лицо обязано направить Исполнителю письменный отказ об этом по установленной форме. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медицинской перепроверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза и составление плана лечения и наблюдения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

Второе мнение,

предоставляется на этапе первоначального обращения Застрахованного лица, при наступлении страхового события при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к ЗНО, по итогу проведенной Страховщиком верификации.

- содействие предоставлению заключения врача-онколога с планом наблюдения и лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования: при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к ЗНО, Страховщик предоставляет заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается ли диагноз или нет, и план наблюдения и лечения, основанный на действующих стандартах и (или) клинических рекомендациях (протоколах лечения).

- повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования - консультирование компетентными специалистами-экспертами по вопросам корректировки и/или правильности назначенного лечения. Проведение консультации по

плану лечения возможно только в том случае, если Страховщиком проведена верификация диагноза.

Навигация Застрахованного лица

- ориентирование Застрахованного лица с достоверно установленным диагнозом ЗНО для обеспечения ему максимального доступа к необходимым медицинским технологиям с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь, информационно-консультационное содействие организации оказания медицинской помощи в соответствии с предоставленным планом лечения и наблюдения: путем информационного консультирования Страховщик содействует получению Застрахованным лицом медицинской помощи по поводу выявленного ЗНО без взимания с Застрахованного платы, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации, а именно за счет получения максимального количества медицинских услуг в рамках программы ОМС. Информационное консультирование заключается в помощи по преодолению бюрократических и административных барьеров.

Психологическая помощь

- предоставление консультаций клинического психолога застрахованному в связи с впервые выявленным и подтвержденным ЗНО по направлению персонального менеджера.

Программа 17. Экстренная помощь по России

Данный объем услуг включается в страховую программу к Договору страхования, дополняя его экстренной помощью вне региона действия полиса.

ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ УСЛУГИ:

- Оказание услуг медицинской экстренной помощи для застрахованных, временно находящихся вне своего города обслуживания (командировка, путешествия и т.д.)
- Экстренными признаются случаи острого ухудшения состояния здоровья застрахованного (острая боль, травмы, нс)
- Организация медицинской помощи производится через Центр медицинской поддержки РЕСО

НЕ ОКАЗЫВАЮТСЯ:

- услуги по рискам, не входящим в страховую программу застрахованного
- медицинские услуги, предоставляемые в плановом порядке

Приложение № 3 ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (страхование юридических лиц)

к Правилам медицинского страхования граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

Договор добровольного медицинского страхования

№ ____/____

Уч. № тек. состояния _____

г. Москва

Дата оформления _____.20__

ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия", в дальнейшем "Страховщик", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, в дальнейшем "Страхователь" в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора

- 1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинской помощи лицам, Застрахованным в рамках настоящего Договора, при наступлении у них страховых случаев.
- 1.2. Настоящий Договор заключен на основании «Правил медицинского страхования граждан» ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия» (Приложение № 1, далее по тексту – Правила).
В случае если настоящий Договор составлен в форме электронного документа и подписан усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) Страховщика и Страхователя, то в соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., то настоящий Договор признаётся равнозначным Договору на бумажном носителе, подписанному собственноручными подписями полномочных представителей Страховщика и Страхователя.
- 1.3. Страховым случаем по настоящему Договору признается обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской помощи.
- 1.4. Страхование осуществляется Страховщиком в соответствии со Страховыми программами (Приложение № 2) и «Условиями предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования» (Приложение № 3, далее по тексту - Условия).
- 1.5. Каждый Застрахованный может быть застрахован по одной или более Страховым программам, при этом риск "Амбулаторная помощь" является базовым риском для каждого Застрахованного. Любые другие риски могут быть включены в Страховые программы для Застрахованного только в случае, если хотя бы одна из его Страховых программ содержит риск "Амбулаторная помощь".
- 1.6. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора составляет ____ человек. Списки Застрахованных лиц (Приложение № 4) с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса и телефона, выбранных страховых Программ передаются Страхователем Страховщику при заключении настоящего Договора.

2. Срок действия Договора

- 2.1. Настоящий Договор действует: с _____.20__, 00 ч. 00 мин по _____.20__, 24 ч. 00 мин.
- 2.2. По истечении срока действия настоящий Договор автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания срока действия настоящего Договора стороны ведут переговоры о заключении Договора на новый период.
- 2.3. Действие настоящего Договора прекращается, и Застрахованные лица теряют право на получение медицинской помощи в случаях:
 - истечения срока действия Договора;
 - исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
 - соглашения Сторон о расторжении настоящего Договора;
 - неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в установленные Договором сроки;
 - ликвидации Страхователя, как юридического лица;
 - в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

2.4. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее - до даты начала действия страхования).
- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора добровольного страхования.

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

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

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

3. Порядок изменения условий настоящего Договора

- 3.1. Дополнительное страхование лиц и/или изменение программ страхования Застрахованных лиц осуществляется с 1 и 15 числа каждого месяца. Заявление от Страхователя предоставляется Страховщику в письменном виде (Приложение №5) не менее чем за 10 рабочих дней до предполагаемой даты соответствующего изменения списочного состава. В случае предоставления Страхователем Страховщику соответствующего заявления в срок менее, чем за 10 рабочих дней, Страховщик производит изменение списочного состава на следующую дату.
- 3.2. При дополнительном страховании Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию в размере, оговоренном пп.4.10, 4.12 настоящего Договора.
- 3.3. Количество замен застрахованных в течение срока действия договора не может превышать 10% от численности, указанной в п.1.6 настоящего Договора. Под «заменой» понимается одновременное (с одной даты) снятие и прикрепление одинакового количества Застрахованных в рамках одной Страховой программы. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.14 настоящего Договора.
- 3.4. Изменение Страховых программ допускается не более одного раза за весь период действия Договора и производится сразу для всех лиц, застрахованных по данной Страховой программе. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.15 настоящего Договора.
 - 3.4.1. В том числе расширение Страховых программ рисками "Стационар экстренный" и "Стационар плановый и экстренный" или замена риска "Стационар экстренный" на риск "Стационар плановый и экстренный" может производиться только единовременно для всех Застрахованных по Договору.
- 3.5. Перевод Застрахованного с одной Страховой программы на другую допускается не более одного раза за весь период действия Договора. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.15 настоящего Договора.
 - 3.5.1. В том числе не допускается перевод Застрахованного со Страховой программы, не содержащей рисков «Стационар плановый и экстренный» или «Стационар экстренный», на Страховую программу, включающую эти риски. Также не допускается перевод Застрахованного со Страховой программы, содержащей риск «Стационар экстренный», на Страховую программу, содержащую риск «Стационар плановый и экстренный».
- 3.6. Снятие со страхования застрахованных лиц производится не ранее, чем через три рабочих дня с даты поступления Страховщику соответствующего заявления от Страхователя (Приложение №5). Расчет незаработанной страховой премии производится в соответствии с п.4.11 настоящего Договора.

- 3.7. Прием писем на замену и дополнительное прикрепление Застрахованных прекращается за 1 месяц до окончания срока действия настоящего Договора.
- 3.8. Все изменения и дополнения в настоящий Договор должны быть внесены соглашением сторон в письменной форме.
- 3.9. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, по телетайпу, телексом, телефаксом, по электронной почте или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным юридическим адресам сторон.
- 3.10. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов

4. Страховая сумма. Страховая премия. Порядок расчетов

- 4.1. Размер годовой страховой премии за одного Застрахованного и количество застрахованных лиц:

Программа №	Размер страховой премии на одного Застрахованного	Количество Застрахованных

Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: _____
(_____ .00). Валюта Договора: российские рубли - RUR.

- 4.2. Периодичность оплаты страховой премии:

единовременно/поквартирно/раз в полугодие/ежемесячно/другое

до ____ .20	=== _____ . (_____ .00)	RUR
до ____ .20	=== _____ . (_____ .00)	RUR
до ____ .20	=== _____ . (_____ .00)	RUR
до ____ .20	=== _____ . (_____ .00)	RUR

- 4.3. При неуплате страховой премии (при единовременной уплате) или 1-ого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в течение 15 дней с даты, указанной в п. 4.2 Договора – настоящий Договор считается не вступившим в силу
- 4.4. При неуплате Страхователем второго или последующих страховых взносов в установленные п.4.2 сроки Страховщик направляет соответствующее письменное уведомление Страхователя, на основании которого Страховщик вправе в одностороннем порядке приостановить исполнение своих обязательств по Договору до момента уплаты Страхователем в полном объеме части страховой премии, уплата которой была просрочена, либо требовать досрочного прекращения действия настоящего Договора.
- 4.5. При досрочном прекращении или приостановлении действия Договора Страхователь обязан полностью уплатить страховую премию за весь период времени, в течение которого продолжал действовать Договор.
- 4.6. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Сторонами при последующем страховании новых лиц в рамках настоящего Договора и/или учтена при уплате последующих страховых взносов по настоящему Договору.
- 4.7. Страховые суммы представляют собой лимит выплат по рискам для каждого Застрахованного за весь срок страхования и составляют:

РИСК	СТРАХОВАЯ СУММА НА 1 ЧЕЛ.
	рублей
	рублей
	рублей
	рублей

- 4.8. Страховщик осуществляет покрытие расходов по настоящему Договору в рамках Страховой программы (Приложение №2), Условий предоставления медицинских услуг в рамках ДМС (Приложение №3) и страховой суммы, определенной п.4.7 настоящего Договора.
- 4.9. Страховые суммы в отношении лиц, принимаемых на страхование в течение всего срока действия Договора, определяются в соответствии с п.4.7 Договора.
- 4.10. Все расчеты по настоящему договору ведутся исходя из годовой страховой премии. Дополнительное страхование лиц производится по ценам, действующим на момент заключения
- ✚ ВАРИАНТ 1: настоящего Договора, указанным в п.4.1.
- ✚ ВАРИАНТ 2: дополнительного соглашения
- 4.11. При дополнительном страховании лиц страховая премия по рискам и Страховым программам рассчитывается
- ✚ ВАРИАНТ 1: в соответствии с п. 5.9 Правил
- ✚ ВАРИАНТ 2: пропорционально неистекшему сроку действия настоящего договора и уплачивается в соответствии с п.4.2 Договора.

- ✚ При снятии со страхования застрахованных лиц расчет незаработанной страховой премии (суммы страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования) по рискам и Страховым программам производится за неистекший оплаченный период действия настоящего договора за минусом 20% (расходы на ведение дел Страховщика).
- 4.12. При одновременном включении в Списки и исключении из Списков одинакового количества застрахованных лиц в рамках одной Страховой программы расчет незаработанной страховой премии и дополнительной страховой премии не производится в следующем порядке:
- ✚ **ВАРИАНТ 1:**
- не производится
- ✚ **ВАРИАНТ 2:**
- расчет незаработанной страховой премии за текущий год за снимаемое со страхования лицо не производится,
 - страховая премия за принимаемое на страхование лицо уплачивается в полном объеме независимо от срока страхования;
- 4.13. При изменении Страховых программ для Застрахованных расчет и оплата страховой премии производятся в следующем порядке:
- ✚ **ВАРИАНТ 1:**
- незаработанная страховая премия и дополнительная страховая премия рассчитываются пропорционально неистекшему оплаченному сроку действия настоящего договора.
- ✚ **ВАРИАНТ 2:**
- по предыдущей Страховой программе - расчет незаработанной страховой премии не производится,
 - по новой Страховой программе - страховая премия уплачивается в полном объеме независимо от срока страхования;
- 4.14. При уменьшении численности застрахованных на 25% и более по отношению к численности застрахованных, указанной в п.1.6 настоящего договора, Страховщик оставляет за собой право увеличить размер страховой премии на одного застрахованного в одностороннем порядке с учетом следующих параметров:

Коэффициент повышения годовой премии при уменьшении численности Застрахованных по договору в течение срока действия настоящего договора			
Количество месяцев, которые действовал договор к моменту уменьшения численности настоящего договора	Процент уменьшения численности Застрахованных по отношению к начальной численности настоящего договора		
	25%-50%	51%-75%	свыше 75%
1-3 месяца			
4-6 месяцев			
7-9 месяцев			
10-12 месяцев			

5. Обязанности Сторон

5.1. Страхователь обязан:

- 5.1.1. Уплатить Страховщику страховую премию в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.

5.2. Страховщик обязан:

- 5.2.1. Организовать и оплатить медицинскую помощь, оказываемую Застрахованным лицам.
- 5.2.2. Контролировать соответствие оказанной Застрахованным лицам медицинской помощи условиям настоящего Договора.
- 5.2.3. Выдать Застрахованным лицам через Страхователя сертификаты, при необходимости пропуски в медицинские учреждения в течение 10- дней с момента предоставления полного пакета документов по Договору и поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.
- 5.2.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, Страховщик организует медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля, определенном по усмотрению Страховщика.

6. Ответственность Сторон

- 6.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.
- 6.2. Сторона, допустившая разглашение информации, указанной в п.8.1 настоящего Договора обязана возместить другой стороне причиненные убытки.

- 6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.
- 6.4. Страховщик не несет ответственность по оплате медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных Страховой программой без предварительного письменного согласования со Страховщиком.
- 6.5. Страховщик не несет ответственность за оказание медицинской помощи в случаях:
- 6.5.1. нарушения Застрахованным лицом установленного в медицинском учреждении порядка;
 - 6.5.2. явки Застрахованного лица по вопросу оказания медицинской помощи во время, когда не осуществляется прием соответствующим специалистом или кабинетом (лабораторией);
 - 6.5.3. явки Застрахованного лица на прием в состоянии алкогольного, наркотического либо токсического опьянения.
- 6.6. Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных (Приложение №6) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 6.7. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятии на страхование новых лиц) Страхователь обязан получить письменные согласия от новых Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных (Приложение №6).
- 6.8. Все претензии, которые могут возникнуть у Застрахованных лиц, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования действующего законодательства Российской Федерации.

7. Порядок урегулирования споров

- 7.1. Каждая из сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку прикрепленного контингента (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.
- 7.2. С целью рассмотрения спорных вопросов каждая из сторон выделяет по два человека, образующих комиссию, заключение которой обязательно для сторон.
- 7.3. По всем вопросам, не урегулированным положениями настоящего Договора, Стороны руководствуются соответствующими положениями Правил.
- 7.4. При расхождении положений Правил с положениями настоящего Договора, применяются соответствующие положения настоящего Договора.
- 7.5. При противоречии положений Условий положениям Правил, применяются соответствующие положения Условий.
- 7.6. При противоречии положений Условий положениям Страховой программы, применяются соответствующие положения Страховой программы.

8. Конфиденциальность

- 8.1. Представляемая сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора, сведения о Страхователе, застрахованных лицах, в том числе их персональные данные, данные об имущественном положении, будут считаться конфиденциальной информацией.
- 8.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

9. Прочие положения

- 9.1. Все споры по настоящему Договору разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения соглашения в установленном действующим законодательством РФ порядке.
- 9.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 9.3. Настоящий Договор составлен со следующими Приложениями, каждое из которых является его неотъемлемой частью:
- Приложение №1 – Правила медицинского страхования граждан;
 - Приложение №2 – Страховые программы;
 - Приложение №3 – Условия предоставления медицинских услуг в рамках Добровольного медицинского страхования;
 - Приложение №4 – Список застрахованных лиц;
 - Приложение №5 – Форма сопроводительного письма;
 - Приложение №6 – Согласие на обработку персональных данных застрахованного лица.

9. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон

Страховщик:

Страхователь:

Представитель страховщика/агент не имеет никаких сведений, противоречащих указанному в настоящем Договоре.

Страховщик: _____ М.П.

Все сведения, указанные в настоящем Договоре мной или с моих слов, являются достоверными и соответствуют действительности. Упомянутые выше "Правила медицинского страхования граждан" и Приложения получил. С Правилами согласен.

Страхователь: _____ М.П.

Приложение № 4 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ПО ПРОГРАММЕ «АНТИКЛЕЩ»
к Правилам медицинского страхования граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

**Полис № XXXXXXXX от XX.XX.2020 г.
Добровольного медицинского страхования
и страхования от несчастных случаев и болезней «АНТИКЛЕЩ»**

ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия", именуемое в дальнейшем Страховщик, с одной стороны, и XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, в дальнейшем Страхователь, с другой стороны, заключили настоящий Полис о нижеследующем:

- Настоящий Полис заключен на основании устного заявления Страхователя и в соответствии с Правилами медицинского страхования граждан ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия" и Правилами страхования от несчастных случаев и болезней (далее – Правила страхования).
- Список застрахованных лиц:

№	ФИО	Дата рождения
1	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	XX.XX.XXXX

- Страховщик осуществляет покрытие расходов по настоящему Полису в рамках Страховой программы (Приложение №1) и в пределах страховых сумм, определенных п. 6 настоящего Полиса.
- Страховая сумма представляет собой лимит выплат в рублях для Застрахованного по каждому виду страхования и за весь срок страхования в соответствии с выбранным Вариантом программы.
- Для вариантов полиса 1-7 в части Добровольного медицинского страхования: Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком, при контакте с иксодовым клещом, не позднее 72 часов с момента контакта для получения медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Страховой программой (Приложение №1). Применяются Правила медицинского страхования граждан.
- 5.1. Только для варианта полиса 7, в части страхования от Несчастных случаев и болезней (далее – НС): Страховым случаем является госпитализация застрахованного в результате заболевания клещевым энцефалитом. Страховая выплата производится в размере 1% от страховой суммы в день за каждый день госпитализации (стационарного лечения) начиная с первого, при условии, что длительность госпитализации составила более 7 дней. Применяются Правила страхования от несчастных случаев и болезней.

- Вариант полиса (страховой программы и страховой суммы), выбранный Страхователем, отмечен знаком ✓:

Вариант полиса	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
Страховая премия							
Страховая сумма по ДМС							
Страховая сумма по НС							

- Общая страховая премия по настоящему Полису составляет: XXXX.XX (XXXXXXXXXXXXXXXXX руб. 00 коп.).
Валюта Договора: российские рубли – RUR.
- Настоящий полис вступает в силу с XX.XX.20XX, 00 ч. 00 мин., но не ранее даты уплаты страховой премии, и действует по XX.XX.20XX, 24 ч. 00 мин.
- Изменение условий настоящего Полиса в течение срока его действия не производится. В случае досрочного расторжения полиса по инициативе Страхователя возврат страховой премии производится в соответствии с Правилами страхования.
- Порядок получения медицинской помощи определен в памятке застрахованному (Приложение №2).
Правила медицинского страхования размещены на сайте РЕСО-Гарантия www.reso-life.ru в разделе «Медицина (ДМС)» → Правила медицинского страхования граждан», Правила страхования от несчастных случаев и болезней размещены в разделе «Страхование от несчастных случаев».

Страховщик: ООО «ОСЖ РЕСО-Гарантия» Адрес: ***** ***** Реквизиты: ИНН, Гос.рег.№. Р/с № в ФИЛИАЛ БАНКА (ПАО) В Г. ***** корр.счет №. Агентство: АГЕНТСТВО OL [код агентства]; Тел: ***** Представитель страховщика/агент: ***** ***** [код агента] Контактное лицо: ***** ***** (код сотрудника); Тел: *****; /	Страхователь: XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX Адрес: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Телефон: XXXXXXXXXXXX Дата рождения: XX.XX.XXXX Пол: X Паспорт: XXXX XXXXXX выдан XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX.XX.XXXX Г. Даю согласие ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия" на обработку, использование и передачу Страховщиком персональных данных, в том числе специальных персональных данных, необходимых для исполнения Страховщиком своих обязательств по настоящему Полису в полном объеме, в том числе на использование персональных данных в целях оповещения меня об услугах и/или предложениях ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия" посредством e-mail и/или sms сообщений. Все сведения, указанные в настоящем Договоре мной или с моих слов, являются достоверными и соответствуют действительности. С Правилами медицинского страхования граждан и со Страховой программой ознакомлен и согласен.
---	--

Приложение № 5 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ДМС (страхование физических лиц)

к Правилам медицинского страхования граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

Договор № _____ от _____.20__ г. Добровольного медицинского страхования "ДОКТОР РЕСО"

ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия", именуемое в дальнейшем Страховщик, с одной стороны, и _____, в дальнейшем "Страхователь", с другой стороны, заключили настоящий Договор (Полис) о нижеследующем:

Настоящий договор заключен на основании Правил медицинского страхования граждан ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия". В случае если настоящий Договор составлен в форме электронного документа и подписан усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) Страховщика и простой электронной подписью Страхователя (или УКЭП), то в соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., то настоящий Договор признаётся равнозначным Договору на бумажном носителе, подписанному собственноручными подписями Страхователя и полномочного представителя Страховщика.

1. Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинские учреждения из числа предусмотренных Страховой программой при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях, требующих оказания медицинских услуг в пределах их перечня, оговоренного Страховой программой (Приложение №2)

2. Страховые суммы представляют собой лимит выплат по рискам для каждого Застрахованного за весь срок страхования и составляют:

Амбулаторная помощь	рублей	Стационар экстренный	рублей
Помощь на дому -	рублей	Стоматологическая помощь -	рублей
Скорая медицинская помощь -	рублей	Личный врач -	рублей

3. Страховщик осуществляет покрытие расходов по настоящему Договору в рамках Страховой программы, Условий предоставления медицинских услуг в рамках ДМС и страховой суммы, определенной п.3 настоящего Договора.

4. Настоящий договор действует: с _____.20__, 00 ч. 00 мин. по _____.20__, 24 ч. 00 мин.

5. Размер страховой премии за одно Застрахованное лицо и количество Застрахованных лиц:

Программа №	Размер страховой премии на одного застрахованного	Количество застрахованных

6. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: _____ (_____). **Валюта Договора:** российские рубли - RUR.

7. Периодичность оплаты страховой премии: Единовременно/ Раз в полугодие / Поквартально
до _____.20__ == ____.00 (_____.00) RUR
до _____.20__ == ____.00 (_____.00) RUR

При неуплате страховой премии в срок договор считается не вступившим в силу. При неуплате в срок следующего взноса договор считается досрочно прекращенным, о чем Страховщик информирует Страхователя по электронной почте или направлением смс-уведомления.

8. Список застрахованных по Договору:

№	Номер программы	ФИО, Номер Сертификата	Дата рождения	Место жительства	Паспорт (номер, серия, выдан)

Страховщик:

Страхователь:

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку, использование и передачу Страховщиком персональных данных, в том числе специальных персональных данных, необходимых для исполнения Страховщиком своих обязательств по настоящему Полису в полном объеме.

Все сведения, указанные в настоящем Договоре мной или с моих слов, являются достоверными и соответствуют действительности. Упомянутые выше "Правила медицинского страхования граждан" и приложения получил. С Правилами согласен.

М.П.

Приложение № 6 ОБРАЗЕЦ МЕДИЦИНСКОЙ АНКЕТЫ

к Правилам медицинского страхования граждан
Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

	
Анкета - Заявление	
на добровольное медицинское страхование	
является неотъемлемой частью (Приложение №4) договора страхования (полиса)	
Заполните пропуски, отметьте нужное знаком ☒	
Дата заполнения заявления:	
Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеприведенной информации:	
ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ:	
Страхователь:	
ФИО (для физлиц) / наименование организации (для юрлиц)	
Индекс:	
Адрес:	
область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира	
Гос. рег. №:	
ИНН:	
E-mail:	
Пол:	
Дата рождения:	
Паспортные данные:	
серия	
№	
выдан	
Телефон моб.:	
Телефон дом.:	
Место работы:	
Следующая часть заявления заполняется с целью получения исчерпывающей информации о Застрахованном, рисках, связанных с его здоровьем и деятельностью. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, заявление считается не заполненным. ОСАО «РЕСО-Гарантия» отвечает за абсолютную конфиденциальность сообщенной в настоящей анкете информации.	
ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ	
ФИО	
Адрес фактического проживания	
область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира	
Пол	
E-mail	
Дата рождения:	
Паспортные данные:	
серия	
№	
выдан	
Телефон моб.:	
Телефон дом.:	
Гражданство	
Степень родства со страхователем	
Страховая программа	
указать название ЛПУ или название программы	
☒ Амбулаторно-поликлиническая помощь	☒ Экстренная помощь (СМП+Стац.экстр)
☒ Помощь на дому	☐ Ведение беременности
☐ Стоматологическая помощь	☐ Роды

Для лиц старше 14 лет:

Рост:	
Вес:	
Курит?	
Количество сигарет в день:	
Обычное артериальное давление:	

Страница 2

Для лиц от 3х лет и старше:

☐	Состоите ли на учете в диспансерах? Если "да", укажите профиль диспансера и причину постановки на учет:
☐	Имеете ли вы в настоящий момент I или II группу инвалидности?
☐	Имеете ли вы в настоящий момент III группу инвалидности? Если "да", укажите причину инвалидности:

Имеете ли вы в настоящий момент какое-либо из нижеперечисленных заболеваний / состояний

☐	Алластическая анемия	☐	Почечная недостаточность
☐	Болезнь Альцгеймера	☐	Психические расстройства и расстройства поведения
☐	Болезнь Крона	☐	Рассеянный склероз
☐	Болезнь Паркинсона	☐	Ревматизм
☐	Гемофилия	☐	Сахарный диабет
☐	Тугоухость	☐	Частичная потеря зрения
☐	Гепатит В / в том числе носительство	☐	Туберкулез
☐	Гепатит С / в том числе носительство	☐	Эпилепсия / Эпилептические припадки
☐	Печеночная недостаточность		

Диагностировалось у Вас когда-либо / есть в настоящий момент одно из нижеперечисленных заболеваний / состояний:

☐	Атеросклероз	☐	Ишемическая болезнь сердца / Стенокардия
☐	Анемия	☐	Лейкоз, лимфогранулематоз
☐	Бронхиальная астма	☐	Мочекаменная болезнь
☐	Варикозная болезнь	☐	Нарушения сердечного ритма
☐	Гломерулонефрит	☐	Нарушение функции щитовидной железы
☐	Дерматологические болезни (экзема, нейродермит, атопический дерматит)	☐	Остеохондроз позвоночника, радикулит
☐	Желчекаменная болезнь	☐	Пиелонефрит
☐	Гипертония (повышенное давление)	☐	Травмы / Повреждение костей, суставов и связочного аппарата
☐	Грыжи межпозвоночных дисков	☐	Хронические заболевания ЛОР-органов (тонзиллит, синусит)
☐	Злокачественные новообразования / опухоли	☐	Черепно-мозговые травмы
☐	Инсульт	☐	Язва желудка или двенадцатиперстной кишки

☐	Была ли патология (осложнения) беременности. Если да, укажите какая:
☐	Была ли патология (осложнения) родов. Если да, укажите какая:
☐	Выявлена ли врожденная патология у ребенка. Если да, укажите какая:
☐	Был ли перевод ребенка из родильного дома в другое лечебное учреждение? Если да, укажите причину (диагноз) и название клиники:
Какие были роды?	
☐	Неосложненные (естественные родовые пути)
☐	Плановое кесарево сечение
☐	Экстренное кесарево сечение
☐	Осложненные роды с родовспомогающими пособиями (наложением родовых щипцов и т.д.)
Для программ по ведению беременности и родам:	
Сколько было беременностей, кроме текущей:	
Сколько беременностей закончили родами:	
Сколько имеете детей:	
Сколько беременностей закончили абортами:	
в т.ч. самопроизвольными (выкидыши)	
по медицинским показаниям на поздних сроках	
на ранних сроках (до 12 недель)	
Была ли патология течения беременности?	
Если да, то какая:	
Была ли патология родов?	
Если да, то какая:	
Группа крови:	
Резус-фактор:	
Резус-фактор отца ребенка:	

Служебная информация (заполняется представителем Страховщика):

Представитель Страховщика/агент:

Код агента:

Тел.:

Код агентства:

Агентство:

Подпись агента

Застрахованный _____

Страница 4 из 4

Страхователь _____

Приложение № 7 ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВАНИЕ по
программе «Лечение при первичном обнаружении критического заболевания
и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без
границ»

к Правилам медицинского страхования граждан

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

Я, _____, « _____ » _____ года рождения

(Ф.И.О. Застрахованного, дата рождения)

паспорт _____ выдан: _____ дата выдачи _____, прошу заключить со мной и в отношении меня Договор добровольного медицинского страхования по программе «Здоровье без границ».

Настоящим подтверждаю, что на момент подписания настоящего Заявления Застрахованный:

- не употребляет наркотики, токсические или сильнодействующие вещества, не страдает алкоголизмом и не состоит по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- не является носителем ВИЧ-инфекции (вирусом иммунодефицита человека) и не болен СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита);
- не находится под следствием или в местах лишения свободы;
- постоянно (более 183 дней в год) проживает на территории Российской Федерации;
- на дату начала страхования возраст Застрахованного менее 65 лет.

Медицинская анкета Застрахованного лица:

	(ответить ДА / НЕТ)*
1. Настоящим сообщаю, что на момент подписания настоящего Заявления и/или в течение последних 10 лет Застрахованному НЕ УСТАНОВЛИВАЛСЯ диагноз и/или Застрахованный НЕ ПОЛУЧАЛ / НЕ ПОЛУЧАЕТ любое лечение в отношении следующих заболеваний или состояний, по поводу которых Вы не полностью выздоровели и/или не закончили проходить контрольные обследования или наблюдаться:	-
A. Любого вида рака, лейкемии, болезни Ходжкина, лимфомы, саркомы или меланомы;	
B. Любых: ▪ Предраковых изменений; ▪ Пограничных опухолей; ▪ Тяжелых дисплазий или дисплазий высокой степени; ▪ Повышение онкомаркера в крови (ПСА) до 4.0 нг/мл или выше; ▪ Аномальных результатов мазка шейки матки с высокой степенью плоскоклеточного интраэпителиального поражения (CIN3 + или выше); ▪ Аномальных результатов маммограммы (категория BI-RADS 3 или выше); ▪ Гипертиреоза, ▪ Полипов в толстой кишке, тонкой кишке и/или желудке, и ▪ Родиночек или веснушек, которые кровоточат, становятся болезненными, меняют цвет или увеличиваются в размере;	
C. Любых заболеваний крови или наследственных иммунных нарушений, требующих лечения в течение не менее одного месяца, которые требуют регулярного или продолжительного лечения иного, чем соблюдение специальной диеты (например, апластическая анемия, лимфома, миелома, миелодиспластический синдром, серповидноклеточное заболевание, талассемия);	
D. Любых видов опухолей, образований, кист внутри или вокруг головного мозга (в пределах черепа);	

G. Диабета (исключается лечение от гестационного диабета / диабета беременных).	
H. Хронического нарушения функции почек, диализа, цирроза печени, фиброза печени или хронической печеночной недостаточности, муковисцидоза.	
E. Любых видов сосудистых нарушений или нарушений кровообращения, включая инсульт, транзиторную ишемическую атаку (ТИА), кровоизлияние в мозг (кровоотечение), субарахноидальное кровоизлияние, стеноз сонных артерий, аномальные кровеносные сосуды (артериовенозная мальформация, аневризма, тромб или эмбол) в головном мозге или вокруг него (в пределах черепа);	
F. Любых форм заболеваний сердца (включая, но не ограничиваясь, инфаркт, стенокардия/боль в груди, заболевания сосудов сердца, заболевания клапанов сердца, шумы в сердце или ревматизм, сердечная недостаточность, увеличение сердца или кардиомиопатия (Вы можете ответить «Нет» если проходите лечение только от высокого кровяного давления и/или высокого уровня холестерина);	
2. Ни у кого из биологических родителей Застрахованного, родных братьев или сестер, до их 50-летия, НЕ ДИАГНОСТИРОВАНЫ сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт, операция по шунтированию или инсульт), поликистоз почек или рак кишечника, молочной железы, толстой кишки, яичников, простаты, меланомы, рак поджелудочной железы или почек.	
3. В настоящее время /или в течение последних 6 месяцев Застрахованный НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ/ НЕ НАБЛЮДАЛСЯ по поводу каких-либо сохраняющихся или повторяющихся симптомов и/или состояний, которые еще не были исследованы, включая любое образование в груди или в яичках, ректальное кровотечение, кровь в моче, необычный кашель более шести недель, желтуху, необъяснимую потерю веса, головные боли с увеличивающейся частотой, нарушения зрения (размытое/двойное зрение, необъяснимая потеря зрения), необъяснимую потерю слуха, трудности с речью, слабость конечностей, судороги, припадки или обмороки и лабораторные показатели Вашей крови вне нормы по креатинину, печеночным ферментам, уровню кальция или онкомаркерам.	
4. Застрахованный НЕ ПЛАНИРУЕТ в ближайшее время визит к врачу и/или НЕ ИМЕЕТ назначенный прием у врача или в больнице, причиной которого являются любые симптомы, упомянутые в вопросе 3 выше; и/или НЕ ОЖИДАЕТ в настоящее время результатов каких-либо тестов, процедур или анализов для выяснения причин таких симптомов или состояний.	
5. Утверждение для женщин: Застрахованной НЕ НАЗНАЧАЛИ магнитно-резонансную томографию молочной железы (МРТ) в течение последних 12 месяцев.	
6. Застрахованному когда-либо в прошлом (в том числе более 10 лет назад) или в настоящее время НЕ БЫЛА РЕКОМЕНДОВАНА трансплантация органа и/или Застрахованный в настоящее время НЕ НАХОДИТСЯ в списке ожидания для трансплантации органа.	

- я согласен (-а) с тем, что в случае сокрытия или предоставления мной заведомо ложной информации о состоянии своего здоровья/здоровья моего ребенка (если ребенок является Застрахованным) на момент подписания данного Заявления, Страховой полис в отношении Застрахованного может быть признан недействительным.

- заявляю, что представленная в анкете информация является верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования (далее Договор) и что в случае сообщения мной ложных сведений ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия» (далее - Страховщик) имеет право отказать в выплате страхового возмещения;

- На основании ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разрешаю лечебному учреждению или врачу и любому другому учреждению, предприятию, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья/здоровья моего ребенка и диагнозах, сообщить эту информацию в страховую компанию ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам обращения за оказанием медицинской помощи, состоянию здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну;

- даю согласие Страховщику, в том числе работникам и представителям Страховщика, Сервисной компании, организующей лечение, на обработку моих персональных данных/ персональных данных Застрахованного лица (далее – ПД) в целях заключения Договора, осуществления страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора, а также в течение 5 лет после прекращения его действия.

- мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья и диагнозах, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе

обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.

- Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в Сервисную компанию, медицинские учреждения и перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

- предоставляю Страховщику право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне изменить условия страхования (в том числе изменить размер страховой премии), предоставить дополнительные данные или пройти обследование в медицинском учреждении;

- обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить Страховщику в предусмотренные Договором или Правилами страхования сроки. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в настоящем заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.

Страхователю известно, что данное Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования, и что в пределах данного Договора страхования он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что полностью прочитал(а) настоящее Заявление на страхование и полностью осознаю смысл прочитанного.

Дата: « ____ » _____ г.

(дата оформления заявления)

/ _____ /

(Подпись и ФИО Застрахованного)

Представитель СТРАХОВЩИКА

/ _____ /

(Подпись и ФИО Лица, принявшего Заявление)

Приложение №8 ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА по программе «Здоровье без границ»

№ _____ от _____

к Правилам медицинского страхования граждан

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия", именуемое в дальнейшем Страховщик, с одной стороны, и _____, в дальнейшем "Страхователь", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Настоящий договор заключен на основании Правил медицинского страхования граждан ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия" (Приложение №1).

2. **Страховым случаем** является обращение Застрахованного лица в период действия Договора к Страховщику с последующей организацией лечения в лечебном учреждении в связи с диагностированием критического заболевания и/или назначением проведения хирургической операции в соответствии с п. 6 Программы страхования (Приложение №2 к Договору), впервые выявленным и/или назначенным в течение срока страхования после истечения временной франшизы. Перечень критических заболеваний и хирургических операций указан в п.6 Программы страхования (Приложение №2 к Договору).

3. **Валюта Договора:**

4. **Страховые суммы** представляют собой лимит выплат по рискам для каждого Застрахованного за весь срок страхования и составляют:

Программа №	Риск	Страховая сумма (годовой лимит)
	Лечение при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции	

5. Страховщик осуществляет покрытие расходов по настоящему Договору в рамках Программы страхования (Приложение №2 к Договору) и страховой суммы, определенной п. 4 настоящего Договора.

6. **Настоящий договор действует:** с _____, 00 ч. 00 мин. по _____, 24 ч. 00 мин

7. Временная франшиза: _____ дней с даты начала страхования.

В течение установленного периода временной франшизы любое заболевание – диагностированное либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах – не будет являться основанием для получения каких-либо услуг или выплат по Договору на протяжении срока действия Договора. При непрерывном возобновлении договора страхования временная франшиза на новый период страхования не устанавливается в отношении ранее застрахованных лиц.

8. **Размер страховой премии за одно Застрахованное лицо и количество Застрахованных лиц:**

Программа №	Размер страховой премии на одного застрахованного	Количество застрахованных

9. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: _____ (_____) . Оплата производится в рублях по курсу ЦБ РФ на дату оплаты.

10. Периодичность оплаты страховой премии: Единовременно / В рассрочку (выбрать нужное)

до _____ (_____) .

до _____ (_____) .

до _____ (_____) .

При неуплате страховой премии в срок договор считается не вступившим в силу. При неуплате в срок следующего взноса договор считается досрочно прекращенным, о чем Страховщик информирует Страхователя по электронной почте или направлением смс-уведомления.

11. **Список застрахованных по Договору:**

№	Номер программы	ФИО	Дата рождения	Место жительства	Паспорт/Св-во о рождении (номер, серия, кем выдан)
1					
2					
3					

...					
-----	--	--	--	--	--

12. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения расторжение договора осуществляется на основании пункта 7.20 Правил медицинского страхования граждан ООО «ОСЖ "РЕСО-Гарантия"». В случае досрочного расторжения договора по инициативе Страхователя спустя более 14 календарных дней со дня его заключения возврат неиспользованной страховой премии не производится.

13. Территория страхования – весь мир, за исключением зон военных действия и военных конфликтов. Территория оказания медицинской помощи устанавливается Программой страхования.

Для коллективного договора:

14. Обработка Страховщиком персональных данных Страхователя (Застрахованных лиц):

14.1. Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятии на страхование новых лиц) Страхователь обязан получить письменные согласия от новых Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.

14.2. Подписывая настоящий Договор, Страхователь выражает свое согласие на осуществление Страховщиком обработки указанных в нем персональных данных Застрахованных физических лиц.

14.3. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных физических лиц (далее - субъект персональных данных) на обработку их персональных данных. Под обработкой персональных данных в настоящем Договоре понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, передача, блокирование, уничтожение, а так же совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

14.4. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

14.5. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотрены настоящим Договором.

14.6. Все претензии, которые могут возникнуть у Застрахованных лиц, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования законодательства Российской Федерации.

14.7. В случае, если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованный отказался предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных, такой отказ признается Сторонами в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от Договора страхования в отношении данного Застрахованного лица, в связи с чем в отношении данного лица страхование прекращается и он подлежит исключению из перечня Застрахованных лиц по настоящему Договору. Страховщик обязуется уничтожить персональные данные Застрахованного в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

Для индивидуальных полисов:

14. В случае, если Застрахованный отказался предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных, включая отзыв его в период действия Договора страхования, такой отказ признается Сторонами в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от Договора страхования в отношении данного Застрахованного лица, в связи с чем в отношении данного лица страхование прекращается и он подлежит исключению из перечня Застрахованных лиц по настоящему Договору. Страховщик обязуется уничтожить персональные данные Застрахованного в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

Неотъемлемой частью настоящего договора являются следующие приложения:

Приложение №1 – Правила медицинского страхования граждан, действующие на дату заключения Договора

Приложение №2– Программа страхования

Приложение №3 –Заявление на страхование (для индивидуальных полисов)

Страховщик:
ООО «ОСЖ РЕСО-Гарантия

Страхователь:

Представитель страховщика/агент: []
Контактное лицо: []; Тел.:
Агентство: []; Тел:

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку, использование и передачу Страховщиком персональных данных, в том числе специальных персональных данных, необходимых для исполнения Страховщиком своих обязательств по настоящему Полису в полном объеме.

Представитель страховщика/агент не имеет никаких сведений, противоречащих указанному в настоящем Договоре.

Все сведения, указанные в настоящем Договоре мной или с моих слов, являются достоверными и соответствуют действительности. Упомянутые выше "Правила медицинского страхования граждан" и приложения получил. С Правилами согласен.

М.П.

Приложение №9 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА по программе «Здоровье без границ»

№ _____ от _____

к Правилам медицинского страхования граждан

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ООО «ОСЖ «РЕСО-ГАРАНТИЯ» именуемое в дальнейшем СТРАХОВЩИК, с одной стороны, и _____, в дальнейшем именуемый/ая СТРАХОВАТЕЛЬ, с другой стороны, на основании Правил медицинского страхования граждан ООО «ОСЖ РЕСО-Гарантия» (Приложение №1), Страховых программы (Приложение №2), и норм действующего законодательства РФ заключили настоящий страховой Полис о нижеследующем:

1.Страховщик	ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия»
2. Страхователь	
3. Застрахованные лица	Застрахованные лица указаны в Списке Застрахованных (Приложение № 4) Количество Застрахованных - ____ человек на момент заключения договора страхования.
4. Срок действия полиса	с 00ч.00мин _____ по 24ч. 00мин. _____
5. Время действия страховой защиты и территория страхования	24 часа в сутки на территории всего мира, за исключением зон военных действий и военных конфликтов.
6. Валюта полиса	
7. Страховой случай	Обращение Застрахованного лица в период действия Договора к Страховщику с последующей организацией лечения в лечебном учреждении в связи с диагностированием критического заболевания и/или назначением проведения хирургической операции в соответствии с п. 6 Программы страхования (Приложение №2 к Договору), впервые выявленным и/или назначенным в течение срока страхования после истечения временной франшизы.
8.Страховые риски	Лечение при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции.
9.Страховая сумма на каждое застрахованное лицо	Указана в Списке застрахованных (Приложение № 4)
10. Франшиза	_____ дней с даты начала страхования
11. Общая страховая премия по полису	
12. Порядок уплаты страховой премии	Единовременно / В рассрочку (выбрать нужное), до _____ При неуплате страховой премии в срок договор считается не вступившим в силу. При неуплате в срок следующего взноса договор считается досрочно прекращенным, о чем Страховщик

	информирует Страхователя по электронной почте или направлением смс-уведомления..
13. Прочие условия:	Все прочие условия, не оговоренные в настоящем Полисе, регламентируются Правилами медицинского страхования граждан ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия», Программами страхования, которые прилагаются к настоящему Полису и являются его неотъемлемой частью.

Неотъемлемой частью настоящего Полиса являются следующие приложения:

Приложение №1 – Правила медицинского страхования граждан, действующие на дату заключения Договора

Приложение №2– Программа страхования

Приложение №3 –Заявление на страхование (на каждого Застрахованного)

Приложение №4 – Список Застрахованных лиц

Страховщик:

ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия»

Страхователь:

Приложение 4 к Полису
добровольного медицинского страхования
«Здоровье без границ» _____ от _____

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Страховые суммы указаны в валюте полиса

Порядковый №	ФИО	Паспортные данные	Дата рождения	Вариант перечня критических заболеваний в соответствии с пунктом 6 Страховой программы №13	Страховая сумма	Страховая сумма (в течение общего срока действия Договора для многолетних и пролонгированных договоров)	Дата начала действия изменений
1							
2							
3							

От Страховщика

От Страхователя

(_____)

(_____)

УТВЕРЖДЕНА
Приказом Генерального директора
ООО «ОСЖ РЕСО-Гарантия»
Раковщика Д.Г.

№ 08 от «31» марта 2023г.

(введена в действие с «01» апреля 2023г.)

МЕТОДИКА И РАСЧЕТ БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ГРАЖДАН

Расчет страховых тарифов производился на основании актуарных стандартов, утвержденных Советом по актуарной деятельности, а также в соответствии с «Методикой расчета страховых тарифов по видам страхования иным, чем страхование жизни» ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия».

При определении страховых тарифов применялась методика, приведенная в Приложении 1 «Методики расчета страховых тарифов по видам страхования иным, чем страхование жизни» ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия».

Данные представлены в единой валюте – российский рубль. Данные являются статистически репрезентативными. Убытки являются достаточно однородными в рамках одной программы, поэтому дополнительного деления на обычные и крупные убытки не производится. Расчет страховых тарифов приведен на базе годового полиса. Величина «Страховое возмещение» отражает в себе полный убыток (с учетом развития и расходов на урегулирование).

В данном виде страхования отсутствуют катастрофические убытки.

Расчет базовых страховых тарифов

Данные получены специалистами ООО «ОСЖ «РЕСО-Гарантия» от страховых организаций, занимающихся добровольным медицинским страхованием, а также на основе собственного опыта страхования по подобным правилам страхования.

В соответствии с Правилами медицинского страхования граждан, согласно Приложению 2, страховыми программами являются:

- Программа 1. «Личный врач»
- Программа 2. «Врач фирмы»
- Программа 3. «Помощь на дому»
- Программа 4. «Амбулаторная помощь»
- Программа 5. «Стоматологическая помощь»
- Программа 6. «Скорая медицинская помощь»
- Программа 7. «Стационарная помощь»
- Программа 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение»
- Программа 9. «Ведение беременности и родов»
- Программа 10. «Антиклевс»
- Программа 11. «Лекарственное обеспечение»
- Программа 12. «Консультативно-диагностическая помощь»
- Программа 13. «Лечение при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без границ»
- Программа 14. «Репатриация»
- Программа 15. «Телемедицина»
- Программа 16. «Онко-поддержка»
- Программа 17. Экстренная помощь по России

Была проведена оценка вероятности наступления страхового события q , а также оценка средней страховой суммы S руб. и среднего страхового возмещения при наступлении страхового события – S_v руб.

S - средняя страховая сумма по договору страхования, оценивалась как отношение «Страховой суммы по заключенным договорам» к «Количеству заключенных договоров».

n - ожидаемое количество договоров страхования определено исходя из прогнозируемого (планируемого) количества договоров страхования по настоящим Правилам страхования на предстоящий год.

При оценке рискованной надбавки предполагалось, что собранной премии должно с 90% вероятностью хватить для покрытия страховых выплат.

Основную часть нагрузки составляют расходы по оплате комиссионного вознаграждения, уровень которого зависит в том числе от специфики продвижения данного вида страховых услуг на рынок.

Для банковского и дилерского каналов характерен уровень комиссионного вознаграждения, достигающий 96%. В связи с тем, что в портфеле Страховщика доля полисов, продаваемых через указанные каналы, является существенной, при расчете базового тарифа использована нагрузка 97%, включающая комиссионное вознаграждение в размере 96%.

В случае, если ситуация на рынке страхования через банковский и дилерский каналы продаж изменится и на практике будут использоваться более низкие размеры агентского вознаграждения, то Страховщик произведет перерасчет тарифов, в соответствии с более низкой нагрузкой.

Страховые тарифы Общества по настоящим Правилам страхования соответствуют тарифам, которые применяются на страховом рынке при добровольном медицинском страховании. Поскольку выполнение обязательств Страховщика по страховым выплатам обеспечивается величиной нетто-тарифа, и расчет нетто-ставки страхового тарифа осуществляется в соответствии со статистикой Страховщика, то высокая доля нагрузки в составе страхового тарифа не влияет на способность Страховщика выполнять обязательства перед Страхователями по предстоящим выплатам по договорам страхования.

В дальнейшем, Страховщик будет тщательно анализировать обоснованность высокой нагрузки по полисам добровольного медицинского страхования с учетом развития структуры страхового портфеля страховщика по данному виду договоров страхования, а также с учетом развития рыночной ситуации по данному виду страхования, продвигаемому с помощью указанных выше каналов продвижения страховых услуг.

Показатели, используемые в расчете тарифных ставок, представлены в следующих таблицах:

Программа № 1. «Личный врач»

Средняя страховая сумма (S)	500 000
Средний размер возмещения (S_v)	14 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.040
Ожидаемое количество договоров (n)	16 000
Основная часть нетто-ставки (T_o)	0.112
Рисковая надбавка (T_r)	0.007
Нетто-ставка	0.119
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	3.96

Программа № 2. «Врач фирмы»

Средняя страховая сумма (S)	500 000
Средний размер возмещения (S_v)	9 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.030
Ожидаемое количество договоров (n)	30 000
Основная часть нетто-ставки (T_o)	0.054
Рисковая надбавка (T_r)	0.003
Нетто-ставка	0.057
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1.89

Программа № 3. «Помощь на дому»

Средняя страховая сумма (S)	500 000
Средний размер возмещения (S_v)	6 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.035

Ожидаемое количество договоров (n)	200 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.042
Рисковая надбавка (Tr)	0.001
Нетто-ставка	0.043
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1.43
<i>Программа № 4. «Амбулаторная помощь»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	1 400 000
Средний размер возмещения (Sв)	10 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.35
Ожидаемое количество договоров (n)	450 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.250
Рисковая надбавка (Tr)	0.001
Нетто-ставка	0.251
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	8.36
<i>Программа № 5. «Стоматологическая помощь»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	1 000 000
Средний размер возмещения (Sв)	10 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.120
Ожидаемое количество договоров (n)	160 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.120
Рисковая надбавка (Tr)	0.001
Нетто-ставка	0.121
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	4.04
<i>Программа № 6. «Скорая медицинская помощь»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	500 000
Средний размер возмещения (Sв)	10 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.025
Ожидаемое количество договоров (n)	170 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.050
Рисковая надбавка (Tr)	0.001
Нетто-ставка	0.051
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1.71
<i>Программа № 7. «Стационарная помощь»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	4 500 000
Средний размер возмещения (Sв)	47 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.060
Ожидаемое количество договоров (n)	170 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.063
Рисковая надбавка (Tr)	0.001
Нетто-ставка	0.064
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	2.12
<i>Программа № 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	600 000
Средний размер возмещения (Sв)	60 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.002
Ожидаемое количество договоров (n)	240 000

Основная часть нетто-ставки (То)	0.020
Рисковая надбавка (Тр)	0.001
Нетто-ставка	0.021
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	0.71

Программа № 9. «Ведение беременности и родов»

Средняя страховая сумма (S)	800 000
Средний размер возмещения (Sв)	100 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.100
Ожидаемое количество договоров (n)	7 000

Основная часть нетто-ставки (То)	1.250
Рисковая надбавка (Тр)	0.070
Нетто-ставка	1.320
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	44.00

Программа № 10. «Антиклеиз»

Средняя страховая сумма (S)	40 000
Средний размер возмещения (Sв)	11 500
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.0017
Ожидаемое количество договоров (n)	100 000

Основная часть нетто-ставки (То)	0.049
Рисковая надбавка (Тр)	0.006
Нетто-ставка	0.055
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1.82

Программа № 11. «Лекарственное обеспечение»

Средняя страховая сумма (S)	25 000
Средний размер возмещения (Sв)	21 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.015
Ожидаемое количество договоров (n)	4000

Основная часть нетто-ставки (То)	1.260
Рисковая надбавка (Тр)	0.252
Нетто-ставка	1.512
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	50.39

Программа № 12. «Консультативно-диагностическая помощь»

Средняя страховая сумма (S)	1 100 000
Средний размер возмещения (Sв)	10 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.060
Ожидаемое количество договоров (n)	200 000

Основная часть нетто-ставки (То)	0.055
Рисковая надбавка (Тр)	0.001
Нетто-ставка	0.055
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1.84

Программа № 13. «Здоровье без границ»

Средняя страховая сумма (S)	40 000 000
Средний размер возмещения (Sв)	19 200 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.000007
Ожидаемое количество договоров (n)	1 500

Основная часть нетто-ставки (То)	0.0004
Рисковая надбавка (Тр)	0.0053

Нетто-ставка	0.0056
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	0.19
<i>Программа № 14. «Репатриация»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	180 000
Средний размер возмещения (Sв)	35 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.0005
Ожидаемое количество договоров (n)	5 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.0093
Рисковая надбавка (Tr)	0.0094
Нетто-ставка	0.0186
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	0.62
<i>Программа № 15. «Телемедицина»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	1 000 000
Средний размер возмещения (Sв)	3 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.055
Ожидаемое количество договоров (n)	17 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.017
Рисковая надбавка (Tr)	0.001
Нетто-ставка	0.017
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	0.58
<i>Программа № 16. «Онко-поддержка»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	500 000
Средний размер возмещения (Sв)	50 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.005
Ожидаемое количество договоров (n)	200 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.050
Рисковая надбавка (Tr)	0.002
Нетто-ставка	0.052
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	1.75
<i>Программа № 17. «Экстренная помощь по России»</i>	
Средняя страховая сумма (S)	500 000
Средний размер возмещения (Sв)	10 000
Вероятность наступления страхового случая (q)	0.050
Ожидаемое количество договоров (n)	200 000
Основная часть нетто-ставки (To)	0.100
Рисковая надбавка (Tr)	0.002
Нетто-ставка	0.102
Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)	3.38

Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам следующие повышающие и понижающие коэффициенты, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска.

Коэффициенты к базовым тарифам, применяемые при расчете тарифной ставки

Факторы риска, влияющие на тарифную ставку	Коэффициенты	
	минимальный	максимальный
Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,01	10
Пол и возраст Застрахованного лица	0,01	10
Род занятий и увлечений Застрахованного лица	0,01	10
Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0,01	1
Ценовой уровень лечебных учреждений	0,01	10
Кратность предоставления услуг	0,01	10
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0,01	10
Регион страхования	0,01	10
Страхование с учетом возможности получения медицинской помощи при путешествии Застрахованного лица по территории РФ	1	10
Распределение страхового риска на территории РФ	0,01	10
Уплата страховой премии в рассрочку	1	10
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	1	10
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	0,01	1
Страхование с франшизой	0,01	1
Прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	0,01	10

Базовые страховые тарифы являются годовыми базовыми страховыми тарифами.

По договорам страхования, заключенным на срок менее 1 (одного) года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от годового размера страховой премии, если в договоре страхования не предусмотрено иное:

Срок действия договора страхования (в месяцах)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховая премия (в % от годовой премии)										
30	40	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года при этом неполный месяц считается за полный.

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ГРАЖДАН**

Страховая программа	Базовый страховой тариф, в %
Программа 1. «Личный врач»	3.96
Программа 2. «Врач фирмы»	1.89
Программа 3. «Помощь на дому»	1.43
Программа 4. «Амбулаторная помощь»	8.36
Программа 5. «Стоматологическая помощь»	4.04
Программа 6. «Скорая медицинская помощь»	1.71
Программа 7. «Стационарная помощь»	2.12
Программа 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение»	0.71
Программа 9. «Ведение беременности и родов»	44.00
Программа 10. «Антиклеш»	1.82
Программа 11. «Лекарственное обеспечение»	50.39
Программа 12. «Консультативно-диагностическая помощь»	1.84
Программа 13. «Лечение при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без границ»	0.19
Программа 14. «Репатриация»	0.62
Программа 15. «Телемедицина»	0.58
Программа 16. «Онко-поддержка»	1.75
Программа 17. Экстренная помощь по России	3.38

Размер страховой премии по конкретному договору страхования определяется как произведение страховой суммы и страхового тарифа. В случае заключения договора страхования в рамках нескольких программ одновременно, страховые премии определяются по каждой из программ отдельно.

Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам понижающие и повышающие коэффициенты. В Таблице ниже показаны коэффициенты, которые применяются к базовым страховым тарифам в зависимости от факторов, имеющих существенное значение для определения степени риска.

Коэффициенты к базовым тарифам, применяемые при расчете тарифной ставки

Факторы риска, влияющие на тарифную ставку	Коэффициенты	
	минимальный	максимальный
Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,01	10
Пол и возраст Застрахованного лица	0,01	10
Род занятий и увлечений Застрахованного лица	0,01	10

Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0,01	1
Ценовой уровень лечебных учреждений	0,01	10
Кратность предоставления услуг	0,01	10
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0,01	10
Регион страхования	0,01	10
Страхование с учетом возможности получения медицинской помощи при путешествии Застрахованного лица по территории РФ	1	10
Распределение страхового риска на территории РФ	0,01	10
Уплата страховой премии в рассрочку	1	10
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	1	10
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	0,01	1
Страхование с франшизой	0,01	1
Прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	0,01	10

Базовые страховые тарифы являются годовыми базовыми страховыми тарифами.

По договорам страхования, заключенным на срок менее 1 (одного) года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от годового размера страховой премии, если в договоре страхования не предусмотрено иное:

Срок действия договора страхования (в месяцах)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Страховая премия (в % от годовой премии)										
30	40	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

При заключении договора страхования со сроком страхования более года сумма страховой премии исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа и равняется сумме годовой страховой премии и доле премии за количество месяцев неполного года при этом неполный месяц считается за полный.