

УТВЕРЖДЕНЫ

**Приказом Генерального директора
ООО «ОСЖ РЕСО-Гарантия»
Раковщика Д.Г.
№ 07 от 28.02.2020 года
(ведены в действие с 28.02.2020 года)**

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

**СОДЕРЖАНИЕ ПАКЕТА ДОКУМЕНТОВ
К ПРАВИЛАМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН.....	1
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.....	6
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА.....	11
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	11
10. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ДЕЙСТВИЯХ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.....	14
11. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	15
12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.....	18
13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.....	19
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	19
15. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ.....	19
Приложение № 1 «СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ»	21
Программа 1. «Личный врач».....	21
Программа 2. «Врач фирмы».....	21
Программа 3. «Помощь на дому».....	18
Программа 4. «Амбулаторная помощь».....	18
Программа 5. «Стоматологическая помощь».....	19
Программа 6. «Скорая медицинская помощь».....	19
Программа 7. «Стационарная помощь».....	21
Программа 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение».....	22
Программа 9. «Ведение беременности и родов».....	23
Программа 10. «Защита от клещевого энцефалита».....	24
Программа 11. «Лекарственное обеспечение».....	25
Программа 12. «Консультативно-диагностическая помощь».....	25
Программа 13. «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний».....	27
Программа 14. «Репатриация».....	35
Приложение № 2 «БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ»	37
Приложение № 3 ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (страхование юридических лиц).....	39
Приложение № 4 «ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ПО ПРОГРАММЕ «ЗАЩИТА ОТ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА»	48
Приложение № 5 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ДМС (страхование физических лиц)	50
Приложение № 6 ОБРАЗЕЦ МЕДИЦИНСКОЙ АНКЕТЫ	52
Приложение № 7 ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВАНИЕ по программе «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний»	55
Приложение №8 ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА по программе «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний».....	58
Приложение №9 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА по программе «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний».....	61

На основании настоящих Правил медицинского страхования граждан 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 истекший 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** – 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.

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:** 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.

- 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 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.11.9 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

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/неадекватным исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.
- 6.14. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.
- 6.14.1. При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.
 - 6.14.2. При **безусловной франшизе** обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.
 - 6.14.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.
 - 6.14.4. В Договоре страхования также может быть установлена **временная франшиза** - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.
- 6.15. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Договор добровольного медицинского страхования на основании настоящих Правил может быть заключен:
- 7.1.1. в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своём намерении заключить Договор добровольного медицинского страхования;
 - 7.1.2. в виде электронного документа 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.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.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. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованному) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.
- 7.7.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев, сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.
- 7.7.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу.
- 7.7.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.
- 7.7.4. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.
- 7.7.5. 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.
- 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 (индивидуальная пластиковая карточка), 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 так же при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:

Срок страхования, мес.	Процент от годовой страховой премии по страховой программе
------------------------	--

до 1 месяца	-	30 %
от 1 до 2 месяцев	-	40 %
от 2 до 3 месяцев	-	50 %
от 3 до 4 месяцев	-	60 %
от 4 до 5 месяцев	-	65 %
от 5 до 6 месяцев	-	70 %
от 6 до 7 месяцев	-	75 %
от 7 до 8 месяцев	-	80 %
от 8 до 9 месяцев	-	85 %
от 9 до 10 месяцев	-	90 %
от 10 до 11 месяцев	-	95 %

При исчислении страховой премии неполный месяц учитывается как полный.

Если договором страхование не предусмотрено иное, 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 п.7.20 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 и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же Договору.
- 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 (индивидуальную пластиковую карточку).
- 7.17. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за истекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

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

- НСП - Неиспользованная страховая премия
- n - количество оплаченных страховых взносов
- D_к - Число дней до окончания оплаченного периода
- Bз - Сумма фактически оплаченных страховых взносов
- K_{рвд} - Коэффициент расходов на ведение дела (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 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

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

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:
- 9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

- 9.1.2. ознакомиться с информационными материалами по Договору страхования в электронном виде через сайт Страховщика www.reso.ru, интернет – ресурс «Личный кабинет» на сайте Страховщика www.dms.reso.ru 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 (индивидуальной пластиковой карточки) 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, алкоголизма
- 9.2.3. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
- 9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;
- 9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки), и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;
- 9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
- 9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;

- 9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.9.4.7 в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.
- 9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.9.2.10 письменные согласия Застрахованных лиц
- 9.3. Страховщик обязан:
 - 9.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;
 - 9.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;
 - 9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;
 - 9.3.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом, объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем Субъекте Российской Федерации.
 - 9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);
 - 9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 9.3.7. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
 - 9.3.8. соблюдать тайну страхования;
 - 9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.9.1.10 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.11.5, 11.8.3 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 (индивидуальных пластиковых карточек) 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.11.5 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 (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
- 11.3. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.
- 11.4. 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.

- 11.4.1. 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.
- 11.5. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.
- 11.6. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.
- 11.6.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования
- 11.6.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.
- 11.7. Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:
- 11.7.1. Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;
- 11.7.2. Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- 11.7.3. медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
- 11.7.4. медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
- 11.7.5. данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, а также вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
- 11.7.6. данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;
- 11.7.7. данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
- 11.7.8. это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.
- 11.8. 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.
- 11.8.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а так же подтверждаются документами, перечисленными в п.11.9 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.
- 11.8.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.
- 11.8.3. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.
- 11.8.4. 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.
- 11.8.5. Если получателем возмещения расходов не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением, Страховщик вправе требовать предоставления 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.
- 11.9. Для осуществления выплаты в соответствии с п.11.8. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:
- 11.9.1. Письменное заявление о случившемся, в том числе с обоснованием причин не обращения в Сервисный центр;
 - 11.9.2. Страховой полис;
 - 11.9.3. 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;
 - 11.9.4. 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;
 - 11.9.5. Направление на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
 - 11.9.6. 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;
 - 11.9.7. Счета транспортных и иных компаний, услугами которых пользовался Застрахованный для организации медицинской помощи;
 - 11.9.8. Счета организаций, занимавшихся репатриацией (в том числе, посмертной) Застрахованного с указанием дат, наименований и стоимости услуг;
 - 11.9.9. Документы, подтверждающие факт оплаты предоставленных счетов;
 - 11.9.10. Посадочные талоны;
 - 11.9.11. Проездные документы;
 - 11.9.12. 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);
 - 11.9.13. Информационную карту с указанием лицевого счета в случае получения страхового возмещения безналичным путём;
 - 11.9.14. Документы, подтверждающие родство с Застрахованным;
 - 11.9.15. Свидетельство о рождении, документ об опекунстве при представлении интересов несовершеннолетнего / недееспособного лица;
 - 11.9.16. Документы, подтверждающие причину не обращения в Сервисный центр;
 - 11.9.17. Подтверждение об обстоятельствах смерти (месте, причине и дате), месте захоронения;
 - 11.9.18. 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;
 - 11.9.19. Медицинское заключение о смерти, свидетельство о смерти;
 - 11.9.20. Договор с похоронной организацией на подготовку и транспортировку тела умершего (груз—200) /урны, квитанции/чеки об оплате;
 - 11.9.21. Грузовая накладная и заявка отправителя о транспортировке тела (груза-200)/урны;
 - 11.9.22. Документальное подтверждение о проведении бальзамирования/ кремирования, стоимости услуги, квитанции/чеки об оплате;

- 11.9.23. Документальное подтверждение о необходимости приобретения гроба/урны и иных расходных материалов для транспортировки тела/праха;
- 11.9.24. Обоснование необходимости осуществления перевода паспорта Застрахованного на русский язык, квитанции/чеки об оплате перевода.
- 11.10. 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.
- 11.11. 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.
- 11.12. Застрахованный самостоятельно осуществляет действия по получению медицинских и иных документов, уточнению информации, имеющей отношение к страховому случаю.
- 11.13. 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)
- 11.14. 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.
- 11.15. В случае принятия Страховщиком решения о полной или частичной страховой выплате в соответствии с п.11.13, Страховщик производит выплату в течение 5-ти банковских дней.
- 11.16. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:
- 11.16.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги,
 - 11.16.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, а так же с предоставлением самих медицинских услуг;
 - 11.16.3. за лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в аптеках по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой
 - 11.16.4. за койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;
 - 11.16.5. 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;
 - 11.16.6. 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. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:

- 12.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;
- 12.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.
- 12.3. действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

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 «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 по Страховым программам 1-10, 12-14 указывается в Договоре страхования. По Страховой программе 13 перечень медицинских учреждений может не указываться в Договоре страхования, при этом в Договоре указывается территория (страны) лечения.

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

Страховые программы 1-10, 12-14 предусматривают применение необходимых медикаментов, расходных материалов, медицинской техники и оборудования при оказании медицинских услуг, если иное не указано в договоре страхования.

Программа 1. «Личный врач»

Программа 2. «Врач фирмы»

Медицинская помощь оказывается:

по программе 1: в амбулаторно-поликлиническом учреждении или на дому, в том числе с применением телемедицинских технологий;

по программе 2: в амбулаторно-поликлиническом учреждении, на дому или в офисе застрахованного – сотрудника фирмы, в том числе с применением телемедицинских технологий;

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

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

Программа 3. «Помощь на дому»

Медицинская помощь оказывается на дому, если того требует состояние здоровья застрахованного лица, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Медицинская помощь по программе включает следующие работы и услуги:

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

Программа 4. «Амбулаторная помощь»

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

Медицинская помощь по программе 4 включает следующие работы и услуги:

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

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

Программа 5. «Стоматологическая помощь»

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

Медицинская помощь по программе 5 включает следующие работы и услуги:

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

Программа 6. «Скорая медицинская помощь»

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

Медицинская помощь по программе 6 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности кардиология
- ◆ по специальности неврология
- ◆ по специальности неонатология
- ◆ по специальности нейрохирургия
- ◆ по специальности токсикология
- ◆ по специальности педиатрия

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

Программа 7. «Стационарная помощь»

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

Медицинская помощь по программе 7 включает следующие работы и услуги:

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

- ◆ по специальности психиатрия;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности радиология;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности скорая медицинская помощь;
- ◆ по специальности сурдология-оториноларингология;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;
- ◆ по специальности торакальная хирургия;
- ◆ по специальности трансплантология;
- ◆ по специальности трансфузиология;
- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология и андрология;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по специальности эпидемиология (паразитология);
- ◆ по специальности челюстно-лицевая хирургия;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по экспертизе связи заболеваний с профессией;
- ◆ пребывание на койке в стационаре, включая питание;
- ◆ пребывание одного из родственников на койке в стационаре при госпитализации ребенка, включая питание;
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала;
- ◆ индивидуальный пост для тяжелого больного.

Программа 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение»

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

Медицинская помощь по программе 8 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности восстановительная медицина;
- ◆ по специальности гастроэнтерология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности дерматовенерология;
- ◆ по специальности диабетология;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ по медикаментозной терапии;

- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по специальности онкология;
- ◆ по специальности отоларингология;
- ◆ по специальности офтальмология;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности профпатология;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по традиционной медицине;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ пребывание на койке (включая питание);
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала.

Программа 9. «Ведение беременности и родов»

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

Объем предоставляемых по программе услуг определяется медицинскими показаниями.

Медицинская помощь по программе 9 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности генетика;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности колопроктология;
- ◆ по специальности лабораторная генетика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности неонатология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по профилактической медицине;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;

- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- ◆ выдачу обменной карты беременной (с 28-ой недели беременности)
- ◆ пребывание матери и новорожденного (по желанию застрахованной – отдельно или совместно) на койке в послеродовом отделении стационара (включая питание);
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала.

Программа 10. «Защита от клещевого энцефалита»

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

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

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

2. Стационарная помощь

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

3. Реабилитационно-восстановительное лечение

- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности восстановительная медицина;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;

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

Программа 11. «Лекарственное обеспечение»

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

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

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

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

Программа 12. «Консультативно-диагностическая помощь»

Медицинская помощь может оказываться в медицинском учреждении или вне его, в том числе с использованием средств удаленного доступа, телемедицины и др.

Медицинская помощь по программе 12 включает следующие работы и услуги, носящие консультационно-диагностический или экспертный характер:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по специальности гастроэнтерология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности генетика;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности гистология;
- ◆ по специальности дерматовенерология;
- ◆ по специальности диабетология;
- ◆ по диализу;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности клиническая фармакология;
- ◆ по специальности колопроктология;
- ◆ по косметологии терапевтической, хирургической;

- ◆ по специальности лабораторная генетика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности логопедия;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности наркология;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности нейрохирургия;
- ◆ по специальности неонатология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по специальности общая врачебная практика (семейная медицина);
- ◆ по специальности онкология;
- ◆ по специальности отоларингология;
- ◆ по специальности офтальмология;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности профпатология;
- ◆ по специальности психиатрия;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по применению методов традиционной медицины;
- ◆ по профилактической медицине;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности радиология;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности гигиена;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;
- ◆ по специальности торакальная хирургия;
- ◆ по специальности трансплантология;
- ◆ по специальности трансфузиология;
- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология и андрология;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности челюстно-лицевая хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по специальности эпидемиология (паразитология);
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по экспертизе на право владения оружием;
- ◆ по экспертизе связи заболеваний с профессией;
- ◆ по предрейсовым медицинским осмотрам водителей транспортных средств;
- ◆ по предварительным и периодическим медицинским осмотрам;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям
- ◆ по экспертизе профпригодности
- ◆ по экспертизе для разрешения на работу на тер. РФ
- ◆ по наркологической экспертизе
- ◆ по экспертизе качества мед.помощи
- ◆ по экспертизе состояния здоровья

Программа 13. «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний»

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 предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, 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, предусмотренных Программой страхования и Договором страхования.

Предшествующие состояния - любые заболевания, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными и инструментальными исследованиями 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.

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 - услуга, предоставляемая Сервисной компанией в отношении критических заболеваний и назначенных Застрахованному лицу хирургических операций, предусмотренных в п. 6 настоящей Программы. В услугу входит предоставление консультативного заключения, составленного на основе сбора и детального изучения врачом-экспертом медицинских данных пациента (*примечание: если услуга предоставляется в рамках Программы страхования*).

Медицинский консъерж-сервис - услуга, включающая все мероприятия по организации лечения Застрахованного лица в связи с подтвержденным страховым случаем. Услуга предусматривает общий контроль ведения дела Застрахованного лица и помощь в организации проезда и проживания для Застрахованного лица и его сопровождающего (если предусмотрено Программой).

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 проникшая в строму или окружающие ткани.

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

2. Застрахованное лицо

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованным лицом (Застрахованным) по настоящей программе является лицо в возрасте от 1 (одного) и не более 75 (семидесяти пяти) лет на дату заключения договора страхования.

Возраст будет рассчитываться как разница между датой рождения Застрахованного лица и датой начала действия договора. Во избежание каких-либо противоречий, эта разница должна быть округлена следующим образом: 45,5 должно быть округленно до 46, а 45,4 до 45.

3. Премия, Действие страхования, Временная франшиза (период ожидания)

Срок страхования по настоящей Программе составляет 1 (один) год за вычетом срока периода ожидания (временной франшизы) для договора, заключенного по настоящей программе впервые, и 1 (Один) год без применения временной франшизы для договоров, заключенных в отношении одного и того же Застрахованного лица повторно без перерыва в действии страхования (непрерывная пролонгация).

Договором страхования может быть предусмотрено страхование на иной срок.

3.1. Период ожидания (временная франшиза) устанавливается Договором страхования.

Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается программой страхования.

3.2. При непрерывной пролонгации договора страхования без изменения Застрахованного лица период ожидания не применяется, если этот период ранее истек.

3.3. Размер страховой премии при пролонгации договора страхования на новый календарный год может быть пересмотрен.

4. Страховая сумма

4.1. Страховая сумма представляет собой годовой лимит ответственности страховщика по Программе страхования и устанавливается в Договоре страхования.

По разным категориям покрываемых заболеваний и хирургических операций, а также по Иным видам услуг, Страховщик может устанавливать разные лимиты страховой суммы.

4.2. Страховая сумма (страховой лимит) по настоящей Программе является уменьшаемой (агрегатной) страховой суммой, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного в период действия договора страхования. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по договору страхования считаются исполненными. При этом договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

5. Территория

5.1. Территория действия Программы и территория оказания медицинских и иных услуг указывается в Договоре страхования.

5.2. Варианты территории лечения:

5.2.1 – Российская Федерация

5.2.2 – Израиль, Испания, Турция, Южная Корея, Российская Федерация.

5.2.3 – Территория оказания услуг при организации Трансплантации – весь мир.

5.2.4 – Иной вариант

6. Риски, страховые случаи, покрываемые Программой страхования (примечание: Договором страхования может быть предусмотрено покрытие всех или некоторых из указанных заболеваний и хирургических операций, указанных в разделе 6 Программы):

6.1. Злокачественные новообразования

означает любое злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или - в случае системных злокачественных новообразований - цитологическими доказательствами.

Исключаются из страхового покрытия, если Договором страхования не предусмотрено иное:

1. Злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые.

2. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.

3. Заболевания кожи следующих типов:

a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

b. Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.

6.3.1. оплата билета эконом-класса для Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено.

6.3.2. проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица: проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица.

Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.

6.3.3. транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.

6.3.4. услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения за рубежом в рамках настоящей программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.

6.3.5. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего, при этом, визовый сбор оплачивает сам Застрахованный.

6.3.6 Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения

6.3.7. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая:

1) Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:

- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием заболеваний и медицинских процедур, при условии их согласования со Страховщиком;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по согласованию со Страховщиком;
- имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения после лечения заболевания, предусмотренного Программой страхования, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцать тысяч) Долларов США в год на один страховой случай, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.
- иные услуги и расходы по согласованию со Страховщиком.

6.4. Реабилитация (примечание: если реабилитация включена в Программу страхования)

6.4.1. Состояние здоровья, требующее проведения реабилитационной программы - Период продолжительностью не более 90 дней после наступления одного из следующих событий:

1) заболевания и травмы головного мозга:

- геморрагический или ишемический инсульт,
- резекция внутримозговой опухоли,
- энцефалит, менингит,
- аноксическое повреждение головного мозга;

2) заболевания и травмы спинного мозга и позвоночника:

- повреждение спинного мозга в результате травмы, опухоли, инфекции или заболевания сосудов,
- заболевание и травма позвоночника;

3) потребность в ортопедическом лечении:

- ампутация конечности,
- операция в связи с опухолью кости,

- операция в связи со сложным переломом.

6.4.2. Центр реабилитации - Медицинское учреждение, официально признанное в стране назначения реабилитационной клиникой.

6.4.3. Реабилитационная программа - Программа лечения у терапевта – специалиста по реабилитации, которая позволит страхователю максимально реализовать потенциальное качество жизни после событий, являющихся страховым случаем согласно настоящему разделу полиса.

6.4.4. Страховой случай

Страховым случаем считается состояние здоровья страхователя, которым начал страдать застрахованный или которое было диагностировано или о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, требующее, согласно заключению сертифицированного медицинского специалиста, подтвержденному Страховщиком, прохождения страхователем реабилитационной программы, соответствующей определениям настоящего полиса. В медицинском заключении должно быть указано, что по состоянию здоровья страхователь нуждается в прохождении реабилитационной программы в соответствии с определениями, содержащимися в настоящем полисе, и что прохождение данной программы способно привести к положительным результатам

6.4.5. Обязательства страховщика

При наступлении страхового случая страховщик обязуется возместить центру реабилитации, в соответствии с со сказанным выше, стоимость прохождения реабилитационной программы – до максимальной суммы, указанной в «Подробном описании страхования».

6.4.5.1 При наступлении страхового случая страхователю будет назначена реабилитационная программа в центре реабилитации по согласованию со страховщиком.

6.4.5.2. Реабилитационная программа будет координироваться исключительно страховщиком или с его предварительного согласия. Стоимость реабилитации будет выплачиваться непосредственно центру реабилитации.

6.4.5.3. Сумма, уплаченная страховщиком за реабилитационную программу, не будет превышать максимальную сумму, указанную в «Подробном описании страхования»; продолжительность оплаченного курса реабилитации не будет превышать 90 дней.

6.4.5.4. Страховщик обязуется оплатить расходы по следующим статьям:

- 1) проживание в реабилитационном учреждении включая питание, уход за пациентом, медицинские осмотры, помощь в реабилитации и физиотерапия, трудотерапия, восстановление речи и другие услуги по реабилитации, оказанные реабилитационным учреждением по усмотрению реабилитолога;
- 2) дополнительные медицинские проверки, назначенные по усмотрению реабилитолога, включая проверки с использованием методов визуализации, ЭКГ и ЭЭГ;
- 3) лекарства в период реабилитации, назначаемые исключительно с целью реабилитации или для предотвращения воздействия фоновых заболеваний на результаты реабилитационных мероприятий, как например наркотики или лечение антикоагулянтами при гипертензии;
- 4) итоговый отчет по результатам реабилитационной программы и, при необходимости, также последующее наблюдение.

6.5. Трансплантация

6.5.1. Трансплантация - хирургическая ампутация или удаление у застрахованного лица легкого, сердца, почки, поджелудочной железы, печени, кишечника и яичника или их комбинации и имплантация целого органа или его части, полученного от другого человека, на место удаленного органа или трансплантация костного мозга, полученного от донора, застрахованному лицу.

6.5.2. Страховой случай

6.5.2.1. Страховой случай - это медицинское состояние страхователя, требующее Трансплантации, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста, одобренному Страховщиком, о том, что Застрахованный страдал от заболевания или что оно было диагностировано или что о нем стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования, как подробно описано ниже.

6.5.2.2. Страховой случай будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать совокупные условия, описанные ниже:

- 1) Два врача-специалиста в соответствующей области медицины определяют необходимость Трансплантации на основании принятых медицинских критериев.
- 2) Трансплантация будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация.

- 3) Трансплантация не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включают лечение стволовыми клетками.
- 4) Трансплантация будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация.
- 5) Появился орган, подходящий для Трансплантации страхователю, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации в пределах ответственности, указанных в Полисе.

6.5.3. Перечень покрываемых медицинских и иных услуг при Трансплантации:

6.5.3.1. Трансплантация будет выполняться в согласованной со Страховщиком больнице, и организована Сервисной компанией.

6.5.3.2. Компенсация за трансплантацию, как указано выше, выплачивается за фактические расходы, описанные ниже:

1) Расходы на медицинское обследование и лечение, предоставленное Застрахованному при госпитализации в больницу, обусловленной договором, в течение которого была проведена Трансплантация, или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Программы страхования.

2) Оплата персоналу врача-хирурга по договору, и расходы на операционную во время выполнения Трансплантации или на медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Программы страхования.

3) Оплата госпитализации в больницу, обусловленной договором, до 30 дней перед выполнением Трансплантации или за медицинское лечение, в соответствии с покрытием данной Программы страхования, до 335 дней после выполнения Трансплантации, в том числе, за медицинские обследования, лабораторные анализы лекарства во время госпитализации.

4) Расходы за перевозку самолетом тела Застрахованного в страну его проживания, в случае его смерти во время его пребывания на лечении, в соответствии с покрытием данной Программы страхования, до максимальной суммы, эквивалент 7 000 (семь тысяч) Долларов США.

5) Сопутствующие расходы, указанные ниже:

a) На поиск органа для Трансплантации, его хранение и перевозку на место, где будет производиться Трансплантации - до максимальной суммы, эквивалент 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США.

b) Расходы на поездку и возвращение домой – лимитированы стоимостью авиабилета эконом класса в оба конца для страхователя и одного сопровождающего, или, если страхователь несовершеннолетний – 2 сопровождающих до максимальной суммы, эквивалент 5 000 (пять тысяч) Долларов США.

c) Расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если страхователь не в состоянии, по мнению врача Страховщика, из-за медицинских причин, лететь обычным коммерческим рейсом, до максимальной суммы, эквивалент 25 000 (двадцать пять тысяч) Долларов США.

d) Расходы на пребывание, необходимые для этой цели, для страхователя и одного сопровождающего, если Застрахованный несовершеннолетний – 2 сопровождающих, до максимальной суммы, эквивалент 55 000 (пятьдесят пять тысяч) Долларов США.

e) Расходы на доставку врача-специалиста в страну застрахованного, для выполнения Трансплантации, в зависимости от конкретного случая, для одного страхового случая, и только при условии, что общая стоимость не превысит эквивалент 120 000 (Сто двадцать тысяч) Долларов США.

f) Общее положение – согласно настоящей Программы страхования покрывается выполнение одной Трансплантации в течение каждого года страхования, и в случае повторной Трансплантации она будет считаться отдельным страховым случаем.

7. Исключения из страхового покрытия

7.1. В рамках страхования по настоящей программе не подлежат оплате следующие услуги:

7.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги не указанные в ст. 6 настоящей Программы страхования.

7.1.2. Услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей программой.

7.1.3. Услуги, необходимость оказаний которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.

7.1.4. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;

7.1.5. психиатрия;

7.1.6. лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

7.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

- 7.1.8. хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:
- 7.1.8.1. если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой добровольного медицинского страхования;
- 7.1.8.2. если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
- 7.1.8.3. если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
- 7.1.8.4. если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
- 7.1.8.5. если трансплантация органов, которая включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);
- 7.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемые в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции молочных желез после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;
- 7.1.10. услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);
- 7.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.
- 7.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем:
Не признается страховым случаем и следовательно не оплачивается или не будет организовано оказание медицинских и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица для организации и оказания Медицинских и Иных услуг:
- 7.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;
- 7.2.2. предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом Медицинских и Иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- 7.2.3. не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
- 7.2.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- 7.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
- 7.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
- 7.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
- 7.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 7.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
- 7.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
- 7.2.11. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.
- 7.2.12. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
- 7.2.13. не предусмотренных настоящей Программой добровольного медицинского страхования;

7.2.14. в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;

7.2.15. в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, службах исполнения наказаний.

7.2.16. в связи с ранее существовавшими (предшествовавшими) заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования, если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;

7.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом Медицинских и Иных услуг в Медицинских и Иных организациях, не согласованных со Страховщиком и Сервисной компанией;

7.2.18. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

7.2.19. в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

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

8. 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 листка нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованный (при наличии),
- результаты проведенных анализов и исследований, подтверждающие диагноз,
- оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). При амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе), председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинского учреждения;
- оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением, содержащая информацию о всех имевшихся у Застрахованного заболеваниях за последние 5 лет с указанием установленных диагнозов, даты их установления, а также проведенного в связи с заболеванием лечения
- Страховщик вправе запросить иные документы, подтверждающие факт и характер страхового события.

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. В случае принятия Застрахованным лицом решения о проведении лечения за пределами Российской Федерации (в том числе после подтверждения в отчете «Второе медицинское мнение» диагноза покрываемого Программой страхования заболевания и/или необходимости медицинской процедуры), Застрахованное лицо должно письменно уведомить о таком решении Сервисную компанию или Страховщика.

После этого Сервисная компания выдаст Застрахованному лицу список из как минимум трёх рекомендуемых больниц за пределами Российской Федерации. Застрахованное лицо в течение трех месяцев с момента получения отчета обязано сообщить Сервисной компании о выборе больницы из представленного списка.

9.7. После получения Сервисной компанией подтверждения Застрахованного лица о выбранной больнице из списка рекомендуемых больниц для лечения, 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.

9.8. 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.

9.9. 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.

9.10. 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.

9.11. 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.

Программа 14. «Репатриация»

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

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.

Приложение № 2 «БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ»

к Правилам медицинского
страхования граждан**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ**
по медицинскому страхованию граждан

№ программ ы	Страховая программа	Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)
1	Личный врач	3.825
2	Врач фирмы	1.925
3	Помощь на дому	1.45
4	Амбулаторная помощь	8.35
5	Стоматологическая помощь	4.075
6	Скорая помощь	1.663
7	Стационарная помощь	2.113
8	Реабилитационно-восстановительное лечение	0.838
9	Ведение беременности и родов	44.789
11	Защита от клещевого энцефалита	1.88
10	Лекарственное обеспечение	
	а) страховая сумма менее 10 000 руб.	81.068
	б) страховая сумма более или равна 10 000 руб. и менее 20 000 руб.	64.996
	в) страховая сумма более или равна 20 000 руб. и менее 25 000 руб.	49.213
	г) страховая сумма более или равна 25 000 руб.	37.443
12	Консультативно-диагностическая помощь	1.88
13	Лечение впервые диагностированных критических заболеваний	0.187
14	Репатриация	0.62

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

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов	
	понижающих	повышающих
Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного	0.3 – 0.999	1.001-5.0
Пол и возраст Застрахованного лица	0.6 – 0.999	1.001-5.0
Род занятий и увлечений Застрахованного лица	0.6 – 0.999	1.001-3.0
Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0.4 - 0.999	нет
Ценовой уровень лечебных учреждений	0.6- 0.999	1.001-3.0
Кратность предоставления услуг	0.7 - 0.999	1.001-2.5
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0.5 - 0.999	1.001-1.7
Регион страхования	0.7 - 0.999	1.001-1.5
Страхование с учетом возможности получения медицинской помощи при путешествии Застрахованного лица по территории РФ	нет	1.001-1.5
Распределение страхового риска на территории РФ	0.7 – 0.999	1.001-2.0
Уплата страховой премии в рассрочку	нет	1.001-1.2
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	нет	1.001-10.0
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	0.1 – 0.999	нет
Страхование с франшизой	0.1 – 0.999	нет
Прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	0.2 - 0.999	1.001-3.0
Изменение величины франшизы по сравнению со стандартными условиями программы страхования	0.1 – 0.999	1.001-5.0
Территория проживания застрахованного лица	0.7 – 0.999	1.001-3.0
Отсутствие индивидуального андеррайтинга риска при страховании	-	1.01-5.0
Изменение лимитов страхового покрытия в программе страхования	0.05 – 0.5	1.01 – 5.0
Перечень заболеваний в программе страхования	0.05 - 0.999	1.01 – 10.0

**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__

ОСЖ "РЕСО-Гарантия", в дальнейшем "Страховщик", в лице Заместителя Генерального Директора - Начальника Управления медицинского страхования Суворовой Ольги Валерьевны, действующей на основании Доверенности № _____, 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» 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/поквартально/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:*
 - I. расчет незаработанной страховой премии за текущий год за снимаемое со страхования лицо не производится,*
 - II. 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:*
 - I. по предыдущей Страховой программе - расчет незаработанной страховой премии не производится,*
 - II. 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 индивидуальные пластиковые карточки (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. Выдача дубликата индивидуальной пластиковой карточки, связанная с утратой ее застрахованным лицом осуществляется за дополнительную плату в размере 50 (Пятьдесят) рублей
- 7.4. По всем вопросам, не урегулированным положениями настоящего Договора, Стороны руководствуются соответствующими положениями Правил.
- 7.5. При расхождении положений Правил с положениями настоящего Договора, применяются соответствующие положения настоящего Договора.
- 7.6. При противоречии положений Условий положениям Правил, применяются соответствующие положения Условий.
- 7.7. 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 указанным 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.

Страховщик: _____ М.П.

Страхователь: _____ М.П.

У С Л О В И Я
предоставления медицинских услуг в рамках
добровольного медицинского страхования

Настоящие Условия предоставления медицинских услуг составлены в соответствии и на основании Правил медицинского страхования граждан ОСЖ «РЕСО-Гарантия» (Приложение № 1 к Договору), дополняют Правила и Страховую программу (Приложение № 2 к Договору) и являются неотъемлемой частью Договора.

При противоречии положений Условий положениям Правил применяются соответствующие положения Условий.

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

1. **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.
2. **Страховым случаем не являются, если иное не указано в Страховой программе:**
 - онкологические заболевания, злокачественные заболевания крови и лимфы, любые опухоли нервной системы, их осложнения и последствия;
 - особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф; вирусные геморрагические лихорадки);
 - ВИЧ-инфекция; венерические заболевания;
 - психические расстройства и их последствия; наркомания, алкоголизм;
 - туберкулез, псориаз;
 - хронические гепатиты, цирроз печени; почечная/печеночная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;
 - заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования (за исключением случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора, что подтверждается соответствующими документами²), пластической хирургии; ортопедические операции и их осложнения, если в Договоре не предусмотрено иное;
 - стационарное лечение осложнений сахарного диабета;
 - врожденные, наследственные, генетические заболевания и пороки (аномалии) развития;
 - системные заболевания соединительной ткани, ревматические заболевания и их последствия (в том числе воспалительные полиартриты);
 - **демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы.**
3. **ОСЖ «РЕСО-Гарантия» не возмещает стоимость следующих медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если иное не указано в Страховой программе:**
 - любые назначения без медицинских показаний либо предписанные врачами ЛПУ, не включенных в Страховую программу;
 - медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;
 - методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, экспериментальные/авторские методики лечения и диагностики, медицинские технологии, не имеющие разрешения в соответствии с Законодательством РФ; фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля; ПЭТ и т.д.;

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

- 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;
- экстракорпоральные методы лечения: лазеротерапия, УФО крови, аутогемотерапия, плазмаферез, гемо-, лимфосорбция; гипер-, гипо- и нормобарическая оксигенация; озонотерапия, манипуляции, выполняемые специалистами, с использованием аппаратных комплексов для лиц старше 18 лет; роботоассистированные операции; криотерапия, прессотерапия и лимфодренаж, альфа-капсула,
- услуги психотерапевта, гипноз;
- коррекция веса, речи; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии;
- контрацепция; искусственное оплодотворение; исследование и коррекция репродуктивной функции, в том числе лечение бесплодия и импотенции;
- ведение беременности (после ее установления); 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, осложнения/патологические последствия беременности при отсутствии риска «Роды» в программе; аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая).
- Если беременность наступила в период действия Договора страхования, Договор сохраняет свою силу только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью, родами и их осложнениями;
- 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.
- 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 документально²);
- хирургическое лечение заболеваний пародонта (за исключением купирования острых состояний); ортодонтия; имплантация зубов;
- госпитализация в палаты повышенной комфортности, услуги дневного стационара, стационара 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;
- консультации профессоров и академиков;
- 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;
- 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;
- лечение последствий наркотической и алкогольной интоксикаций;
- услуги, связанные с подготовкой и проведением манипуляций, лечением заболеваний, перечисленных в п.п. 2, 3 и/или не предусмотренных Страховой программой;
- медицинские услуги, необходимость в которых возникла вследствие несоблюдения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача;

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.

³ Дорогостоящие лекарственные препараты – стоимость одного препарата на один курс лечения превышает двадцать пять тыс.руб.

- 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».
4. 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. 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 ОСЖ «РЕСО-Гарантия» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному до момента установления диагноза/группы инвалидности. В дальнейшем 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 ЛПУ);
 - иные коэффициенты, предусмотренные действующими Правилами медицинского страхования граждан;
 - при наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Приложение № 4 «ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА ПО ПРОГРАММЕ «ЗАЩИТА ОТ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА»

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 № ____ от _____.20__ г.
Добровольного медицинского страхования
«ЗАЩИТА ОТ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА»**

ОСЖ "РЕСО-Гарантия", лицензия _____ от _____ г., именуемое в дальнейшем Страховщик, с одной стороны, и _____, в дальнейшем "Страхователь", с другой стороны, заключили настоящий Полис о нижеследующем:

1. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах медицинского страхования граждан ОСЖ "РЕСО-Гарантия" (Приложение №1 к настоящему Полису).
2. Страховщик осуществляет покрытие расходов по настоящему Полису в рамках Страховой программы (Приложение №2 к настоящему Полису), и в пределах страховой суммы, определенной п. 4 настоящего Полиса. **Страховые суммы** представляют собой лимит выплат на каждого Застрахованного за весь период страхования.
3. Полис **действует:** с _____, 00 ч. 00 мин. по _____, 24 ч. 00 мин, при условии надлежащего исполнения Страхователем обязанности по уплате страховой премии.
4. Список застрахованных лиц по Полису, размеры страховых премий и страховых сумм на каждого Застрахованного:

№	ФИО	Дата рождения	Размер страховой премии, руб	Размер страховой суммы, руб
1				

5. Общая страховая премия по настоящему Полису составляет: _____ (_____ .00). **Валюта Договора:** российские рубли - RUR.
6. Периодичность оплаты страховой премии:
до _____ (_____ .00) _____ RUR
7. При неуплате страховой премии в срок договор считается не вступившим в силу.
8. В случае досрочного отказа (в том числе частичного отказа) Страхователя от настоящего Полиса уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.
9. Изменение условий настоящего Полиса в течение срока его действия не производится.

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

ООО «ОСЖ РЕСО-Гарантия»

*действительности. Упомянутые выше
"Правила медицинского страхования
граждан" и приложения получил. С
Правилами согласен.*

М.П.

М.П.

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"

ОСЖ "РЕСО-Гарантия", лицензия _____ от _____, 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 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 (пластиковой карты)	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

Дата заполнения заявления		/ / 2 0 г.	
Анкета - Заявление на добровольное медицинское страхование является неотъемлемой частью (Приложение №4) договора страхования (полиса)			
Заполните пропуски, отметьте нужное знаком ☒ или выберите правильный ответ (да, нет)			
Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:			
ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ:			
Страхователь			
	Ф.И.О. (для физ. лиц) / наименование организации (для юр. лиц)		
Индекс		Адрес	
	область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира		
Гос. рег. № (для юр. лиц)		№ ИНН (для юр. лиц)	E-mail
Пол (м/ж)		Дата рождения	/ / г.
Паспорт	Серия	№	Когда выдан / / г.
Где выдан			Код подразделения -
Телефон моб. 8	()		
Тел.дом. 8	()		
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. ОСЖ «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 (м/ж)	E-mail	Дата рождения	/ / г.
Паспорт (св. о рожд): Сер.		№	Выдан / / г.
Где выдан			Код подразделения -
Телефон моб. 8 -	()	Гражданство	
Тел.дом. 8 -	()		
Степень родства со страхователем			
Город обслуживания			
Страховая программа:			
☒	Доктор РЕСО 03 (Стационар Экстр.+СМП+Телемедицина)	"Базовая" является обязательной программой	
☐	"Азбука здоровья"	/Категория	
Я, (Ф.И.О. Застрахованного)			
- заявляю, что представленная в анкете информация является исчерпывающей и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования и при осуществлении страховых выплат, - разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющим какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного, сообщить эту информацию в страховую компанию ОСЖ «РЕСО-Гарантия», - предоставляю страховой компании ОСЖ «РЕСО-Гарантия» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование, - обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в ОСЖ «РЕСО-Гарантия» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях. - Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Страховым Публичным Акционерным Обществом «РЕСО-Гарантия» (далее – Страховщик) моих персональных данных в целях заключения Договора добровольного медицинского страхования, осуществления добровольного медицинского страхования (реализации договора Добровольного медицинского страхования), в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия. Мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения			

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика, а также осуществлять трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные обо мне. При этом я согласен с тем, что работники данных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно.

Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего 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.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.

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

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

1	ДА	НЕТ	Состоите ли на учете в диспансерах? <i>Если "да", укажите профиль диспансера и причину постановки на учет:</i>			
2	ДА	НЕТ	Была ли Вам когда-либо присвоена группа инвалидности? Если "да", укажите:			
			Группа инвалидности	I гр.	II с правом работы гр.	II гр. без права работы
			Причина инвалидности			
			В каком году снята инвалидность			
3	ДА	НЕТ	Был ли госпитализирован за последние 2 года? Если "да", укажите:			
			Год	Диагноз	Проведенное лечение в стационаре	
4	ДА	НЕТ	Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года? <i>Если "да", укажите:</i>			
			Год	Причина вызова		
5	Отмечаются ли у Вас в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания:					
		ДА	НЕТ	Аллергические реакции (выберите)		
		ДА	НЕТ	анафилактический шок		
		ДА	НЕТ	крапивница		
		ДА	НЕТ	другие		
		ДА	НЕТ	Бронхиальная астма		
		ДА	НЕТ	Повышенное артериальное давление (гипертония)		
		ДА	НЕТ	Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт)		
		ДА	НЕТ	Нарушения сердечного ритма (Укажите)		
		ДА	НЕТ	Инсульт (выберите)		
		ДА	НЕТ	ишемический		
		ДА	НЕТ	геморрагический		
		ДА	НЕТ	другой		
		ДА	НЕТ	Эпилептический синдром		
		ДА	НЕТ	Онкологические (раковые) заболевания:		
		ДА	НЕТ	Сахарный диабет (подчеркните)		
		ДА	НЕТ	I типа		
		ДА	НЕТ	II типа		
		ДА	НЕТ	Язва желудка или двенадцатиперстной кишки		
		ДА	НЕТ	Желчекаменная болезнь		
		ДА	НЕТ	Печеночная недостаточность		
		ДА	НЕТ	Мочекаменная болезнь		
		ДА	НЕТ	Остеохондроз позвоночника, радикулит		
		ДА	НЕТ	Грыжи межпозвоночных дисков		
		ДА	НЕТ	Кисты яичников (для женщин)		
		ДА	НЕТ	Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или цервикального канала (для женщин)		
6	ДА	НЕТ	Врожденные или приобретенные пороки, аномалии развития органов и систем <i>если "да" - укажите какие:</i>			
7	ДА	НЕТ	Имеете ли Вы стенты, протезы (кроме стоматологических), импланты (кроме стоматологических), металлоконструкции, водители ритма и т.д.? если "да" - укажите <i>какие, когда поставлены:</i>			
			Год			

8	Укажите заболевания, которые у Вас отмечались или отмечаются, но не были указаны												
9	ДА	НЕТ	Рекомендовано ли Вам стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара? <i>Если "да", укажите причину (заболевание/состояние):</i>										
10	Пожалуйста, ответьте, как Вы узнали о нашем продукте «Доктор РЕСО»:												
<table border="0"> <tr> <td>☐ Из интернета</td> <td>☐ В офисе компании</td> </tr> <tr> <td>☐ Из рекламы</td> <td>☐ От друзей, знакомых</td> </tr> <tr> <td>☐ Из публикаций в прессе</td> <td>☐ В лечебном учреждении</td> </tr> <tr> <td>☐ От своего агента</td> <td>☐ Другое</td> </tr> <tr> <td>☐ Был ранее застрахован по ДМС в РЕСО</td> <td></td> </tr> </table>				☐ Из интернета	☐ В офисе компании	☐ Из рекламы	☐ От друзей, знакомых	☐ Из публикаций в прессе	☐ В лечебном учреждении	☐ От своего агента	☐ Другое	☐ Был ранее застрахован по ДМС в РЕСО	
☐ Из интернета	☐ В офисе компании												
☐ Из рекламы	☐ От друзей, знакомых												
☐ Из публикаций в прессе	☐ В лечебном учреждении												
☐ От своего агента	☐ Другое												
☐ Был ранее застрахован по ДМС в РЕСО													
Служебная информация: (заполняется представителем страховщика)													
Представитель страховщика/агент:													
Код агента		Тел:											
Агентство:		код агентства											
Подпись агента _____													

Приложение № 7 ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВАНИЕ по программе «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний»

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 «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний».

Сообщите, пожалуйста, в настоящее время или в течение последних 10 лет:

- проходите/проходили ли Вы стационарное, амбулаторное, восстановительное или профилактическое лечение, либо
- устанавливался ли Вам по результатам обследования диагноз, либо
- находитесь/находились ли Вы под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:

	(ответить ДА / НЕТ)*
▪ рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина,	
▪ неинвазивные опухоли (рак in situ), или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;	
▪ лейкоemia (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);	
▪ любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга;	
▪ любая форма заболевания сердца (включая, но не ограничиваясь, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенные инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм. Вы можете ответить «Нет», если Вы проходили лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина;	
▪ любая форма инсульта или кровоизлияния в мозг.	
▪ любая форма диабета	

* Если в настоящее время Вы проходите обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из вышеуказанных заболеваний или состояний, либо ожидаете результатов диагностики, пожалуйста, примите во внимание, что необходимо дождаться получения результатов до подписания настоящего Заявления на страхование.

Настоящим подтверждаю, что на момент подписания настоящего Заявления:

- не употребляю наркотики, токсические или сильнодействующие вещества, не страдаю алкоголизмом и не состою по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- не являюсь носителем ВИЧ-инфекции (вирусом иммунодефицита человека) и не болен СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита);
- не нахожусь под следствием или в местах лишения свободы.

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

- заявляю, что представленная в анкете информация является исчерпывающей и верной и понимаю, что она может иметь решающее значение при заключении договора страхования (далее Договор) и что в случае сообщения мной ложных сведений 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, сообщить эту информацию в страховую компанию ОСЖ «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянию здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну.

- предоставляю Страховщику право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку), 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.

- даю согласие Страховщику, в том числе работникам и представителям Страховщика, Сервисной компании, организующей лечение, на обработку моих персональных данных (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, 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.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. 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. 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.

Я полностью прочитал (а) 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 «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний»

№ _____ 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 _____, в дальнейшем "Страхователь", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Настоящий договор заключен на основании Правил медицинского страхования граждан 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 Программой страхования (Приложение №__ к Договору), впервые выявленным и/или назначенным в течение срока страхования после истечения временной франшизы.

Перечень критических заболеваний и хирургических операций указан в п.____ Программы страхования (Приложение №__ 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 №__ 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: _____ (_____.____)

П

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 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.

Оказание медицинской помощи осуществляется в следующих странах _____.

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, передачу, 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 –

Приложение №2 –

Приложение №3 –

Страховщик:

Страхователь:

М.П.

Приложение №9 ОБРАЗЕЦ ПОЛИСА по программе «Лечение впервые диагностированных критических заболеваний»

№ _____ 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.

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 ОСЖ РЕСО-Гарантия (Приложение №1), Страховых программы (Приложение №2), и норм действующего законодательства РФ заключили настоящий страховой Полис о нижеследующем:

1.Страховщик	ОСЖ «РЕСО-Гарантия»
2. Страхователь	
3. Застрахованные лица	Застрахованные лица указаны в Списке Застрахованных (Приложение № ____) 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. Территория оказания медицинских услуг _____
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 Программой страхования (Приложение № ____ к Договору), впервые выявленным и/или назначенным в течение срока страхования после истечения временной франшизы.
8.Страховые риски	Лечение за рубежом при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции.
9.Страховая сумма на каждое застрахованное лицо	Указана в Списке застрахованных (Приложение № ____)
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 ОСЖ РЕСО-Гарантия, Программами страхования, которые

Приложение №1 —
Приложение №2—
Приложение №3 —

Страхователь:

Приложение 4 к Полису
добровольного медицинского страхования № _____
от _____

Страховые суммы указаны в валюте полиса

Порядковый №	ФИО	Паспортные данные	Дата рождения	Вариант программы / Перечень заболеваний /	Страховая сумма	Дата начала действия изменений	Страховая премия
1							
2							
3							

От Страховщика

От Страхователя

()

()