

ООО «СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО  
«СУРГУТНЕФТЕГАЗ»

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель  
генерального директора



А.А.Куйвашев  
24 декабря 2015 г.

## ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

(редакция 00 1 от 28.05.1998 приказ №6С, с изменениями от 09.11.1998 приказ №7С, от 19.02.1999 приказ №17С, от 08.10.2001 приказ №35С, от 26.11.2001 приказ №39С, 23.12.2002 приказ № 01-02-38С, 12.09.2003 приказ №01-02-40С, от 22.11.2004 приказ №01-02-77С, от 27.08.2010 приказ №01-07-134С, от 08.09.2010 приказ №01-07-140С, от 03.11. 2010 приказ №01-07-173С, от 28.12.2010 приказ №01-07-205С, от 11.04.2011 приказ №01-07-049С, от 30 декабря 2013 приказ №01-07-204, от 24.12.2015 приказ №01-07-118)

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой случай, страховой риск
5. Страховая сумма, Страховой тариф, Страховая премия
6. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования
7. Права и обязанности сторон по договору страхования
8. Порядок осуществления страховой выплаты
9. Перечень оснований освобождения от страховой выплаты
10. Порядок разрешения споров

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Правила страхования регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованными лицами и медицинскими организациями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

Во всем ином, не урегулированном Договором страхования, стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

1.2. Основные термины, используемые в Правилах страхования:

1.2.1. Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

1.2.2. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включая медицинские и иные услуги, предоставляемые при оказании медицинской помощи, направленные на поддержание и восстановление здоровья.

1.2.3. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

1.2.4. Иные услуги – услуги, дополнительно предоставляемые при оказании медицинской помощи. К иным услугам относятся: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; фармакологическая помощь, включая обеспечение лекарственными препаратами/средствами, медицинскими изделиями и иными средствами и препаратами медицинского назначения, а также организация их доставки; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортности пребывания в медицинской организации (в том числе, палаты улучшенной комфортности, обеспечение душем и санузлом индивидуального пользования, холодильником, кондиционером и др.), лечебное питание (диетическое) и пребывание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения, лечения в санаторно-курортных условиях; оказание тяжелобольным Застрахованным лицам медицинского ухода; нахождение вместе с Застрахованным лицом (ребенком) одного из родителей или иного члена семьи (по усмотрению родителей или иных законных представителей ребенка) с обеспечением питания и койкой указанного лица при наличии медицинских показаний для ухода; организация медицинской эвакуации; оформление медицинской организацией и иной организацией различной документации, связанной с оказанием медицинской помощи; услуги справочно-информационных служб с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; другие услуги, оказываемые медицинскими и иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им медицинской помощи.

1.2.5. Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. К медицинским организациям также приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях. Конкретный перечень медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к Договору страхования.

1.2.6. Фармацевтические организации – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). К фармацевтическим организациям также приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность.

1.2.7. Неотложная помощь – медицинская помощь, которая оказывается Застрахованным лицам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной

противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

1.2.6. Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья Застрахованных лиц и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье Застрахованного лица факторов среды его обитания.

1.2.7. Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности Застрахованного лица и его социальную интеграцию в общество.

1.2.8. Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

1.2.9. Диагностика – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб Застрахованного лица, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

1.2.10. Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или состояний Застрахованного лица, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

1.2.11. Лекарственное обеспечение (фармакологическая помощь) – часть медицинской помощи, предусматривающая отпуск Застрахованным лицам необходимых лекарственных средств/препаратов, медицинских изделий, продуктов лечебного питания, минеральных вод, биологически активных добавок, а также иных средств и предметов медицинского назначения, назначенных лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении для проведения диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, ухода, лечебного питания.

1.2.12. Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и имеющую определенную цену.

1.2.13. Лекарственные средства – вещества или их комбинации, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации.

1.2.14. Продукты лечебного питания – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной и/или профилактической целью.

1.2.15. Медицинские изделия – любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – ООО Страховое общество «Сургутнефтегаз» созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением страхования жизни, в установленном законодательством порядке.

2.2. Страхователь – любое дееспособное физическое или юридическое лицо заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Страхователь считается Застрахованным лицом, если в Договоре страхования не указано иное физическое лицо в качестве Застрахованного лица.

2.2.1 Страхователи – юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

2.2.2. Страхователи – физические лица заключают со Страховщиком Договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц). При этом по Правилам страхования Страхователями могут выступать дееспособные физические лица, в том числе граждане Российской Федерации, иностранные граждане или лица без гражданства.

2.2.3. На условиях Правил страхования заключаются Договоры страхования в пользу Застрахованных лиц в возрасте до 90 лет (на момент начала действия Договора страхования).

2.3. Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования, на основании которого Застрахованное лицо получает медицинскую помощь, оплачиваемую Страховщиком.

Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения Договора страхования состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, ВИЧ-инфицированы, имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, госпитализированы, а также лиц в возрасте старше 90 лет.

2.4. Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования и кому принадлежит право на получение страховых выплат. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо другое лицо с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховой выплаты или страхового возмещения (Выгодоприобретатель). Если Выгодоприобретатель не назначен, то в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем признаются законные наследники Застрахованного лица.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

### 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ, СТРАХОВОЙ РИСК

4.1. В соответствии с Правилами страхования страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, связанное с расстройством здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания медицинских и иных услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

4.2. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование.

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи, предоставляемой Застрахованным лицам в рамках следующих Программ:

4.3.1. Программа «Скорая и неотложная медицинская помощь» (Приложение 1 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания скорой и неотложной медицинской помощи (включая транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством с места заболевания (происшествия) в медицинскую организацию и медицинское сопровождение при транспортировке) при состояниях, угрожающих жизни или здоровью Застрахованного лица, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.

4.3.2. Программа «Амбулаторная помощь» (Приложение 2 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний, как в медицинской организации, так и на дому и (или) по месту работы Застрахованных лиц.

4.3.3. Программа «Терапевтический стационар» (Приложение 3 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания стационарной помощи, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение:

- при заболеваниях и обострениях хронических болезней, инфекциях, отравлениях и травмах, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

4.3.4. Программа «Хирургический стационар» (Приложение 4 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания стационарной помощи, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение:

- при заболеваниях и обострениях хронических болезней, инфекциях, отравлениях и травмах, требующих медицинской помощи, в том числе консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;

- при патологии беременности, родах и абортax;

- при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

4.3.5. Программа «Лекарственное обеспечение» (Приложение 5 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания лекарственной помощи, частичную или полную компенсацию расходов на приобретение в фармацевтических организациях лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения.

4.3.6. Программа «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение 6 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи (суточное проживание и другое обслуживание), входящие в стоимость проведения восстановительного лечения и медицинской реабилитации Застрахованных лиц. Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в п.4.3 Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в п.п.4.3.10., 4.3.15.-4.3.16. Правил страхования.

4.3.7. Программа «Профилактика здоровья» (Приложение 7 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания проведения предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в п.4.3. Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в п.п.4.3.10., 4.3.15.-4.3.16. Правил страхования.

4.3.8. Программа «Сестринский уход» (Приложение 8 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи и медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

4.3.9. Программа «Стоматологическая помощь» (Приложение 9 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания амбулаторно-поликлинической и (или) стационарной стоматологической помощи: проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, стационарная помощь, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение при лечении, восстановлении зубов.

4.3.10. Программа «Комплексная программа» (Приложение 10 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи поименованной в п.п.4.3.1 – 4.3.9 Правил страхования, объединенных в комплексную программу в любом их объеме, предусмотренном соответствующей Программой.

4.3.11. Программа «Дородовое наблюдение женщин» (Приложение 11 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи необходимую для лечения, экстренной медицинской помощи, восстановления (реабилитации) беременных.

4.3.12. Программа «Акушерская помощь» (Приложение 12 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи, в том числе экстренной медицинской помощи, связанной с оказанием акушерской помощи беременным.

4.3.13. Программа «Индивидуальное ведение родов» (Приложение 13 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи необходимую для лечения, восстановления (реабилитации) рожениц.

4.3.14. Программа «Домашний доктор» (Приложение 14 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи оказываемую врачом.

4.3.15. Программа «Дорогостоящая медицинская помощь» (Приложение 15 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания дорогостоящей медицинской помощи, предусмотренную Программой и определенную в соответствующем Варианте страхования. Программа предусматривает четыре варианта страхования: «Стандарт», «VIP» и «Стандарт Плюс», «Эконом».

4.3.16. Программа «Антиклещ» (Приложение 16 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи, при необходимости лечение Застрахованного лица в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях по следующим показаниям: укус клеща; заболевание клещевым энцефалитом и/или клещевым системным боррелиозом. Программа предусматривает 4 варианта страхования: «Эконом», «Стандарт», «Особый», «Детский».

4.3.17. Программа «Здоровая семья» (Приложение 17 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания медицинской помощи поименованная в п.п.4.3.1 – 4.3.9 Правил страхования, объединенных в комплексную программу в любом их объеме, предусмотренном соответствующей Программой.

4.3.18. Конкретный перечень видов медицинской помощи, приводится в соответствующей Программе (Приложения 1-17 к Правилам страхования).

Программы, предусмотренные в п.п.4.3.1-4.3.9, 4.3.14 Правил страхования могут комбинироваться между собой в любом их сочетании, с учетом особенностей каждой из них (в частности, Программы, предусмотренные в п.п.4.3.6 и 4.3.7 Правил страхования могут предоставляться только вместе с иными Программами, предусмотренными Правилами страхования).

4.4. В соответствии с Правилами страхования не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями обращения в медицинскую организацию, связанные с:

4.4.1. травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.4.2. получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения умышленных действий Застрахованным лицом;

4.4.3. покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.4.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

4.4.5. оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

4.4.6. применением косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

4.4.7. лечением алкоголизма, токсикомании или наркомании;

4.4.8. венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и заболеванием СПИДом;

4.4.9. онкологическими заболеваниями (в терминальной стадии);

4.4.10. психическими заболеваниями;

4.4.11. всеми формами туберкулеза;

4.4.12. подбором линз и очков.

4.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинской помощи, полученной Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

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

5.4. Страховая сумма на всех или на каждое Застрахованное лицо по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению исходя из Программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия Договора страхования, среднего или максимального уровня расходов, которые Страхователь может понести при различных заболеваниях при оказании медицинских и иных услуг в рамках выбранной Программы и иных факторов. Страховая сумма не может быть ниже минимальной страховой суммы, установленной Страховщиком для каждой из Программ.

5.5. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемой Программой медицинской помощи, (однако, не выходя за рамки Правил страхования и Программ, являющихся неотъемлемой частью Правил страхования) путем оформления на условиях Правил страхования дополнительного соглашения к Договору страхования с указанием условий внесения соответствующих изменений.

5.6. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным Программам, видам медицинской помощи, группам Застрахованных лиц и т.п.

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятым в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

5.7. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им базовые страховые тарифы, соответствующие размеру страховой премии, взимаемой с единицы страховой суммы по Договору страхования с учетом характера страхового риска.

Основываясь на базовых страховых тарифах, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении Договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым страховым тарифам повышающие (от 1,00 до 3,00) и (или) понижающие (от 0,15 до 0,97) коэффициенты в зависимости от возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица, профессии (рода занятий Застрахованного лица, количества Застрахованных лиц по Договору страхования, объема медицинской помощи и перечня заболеваний, предусмотренных Программой и в зависимости от перечня медицинских организаций, региона оказания медицинской помощи, размера страховой суммы по Договору страхования, лимитов ответственности, франшизы, условий оплаты страховой премии, убытков по ранее заключенным Договорам страхования с конкретным Страхователем и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, указанных в заявлении на страхование, Договоре страхования и (или) письменном запросе Страховщика, перечисленных в Приложении 21 к Правилам страхования.

Конкретный размер страхового тарифа определяется условиями Договора страхования.

Расчет базовых страховых тарифов произведен исходя из срока страхования 1 год.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется как произведение базового страхового тарифа на поправочные коэффициенты, соответствующие факторам риска по данному Договору страхования.

В любом случае при применении поправочных коэффициентов, окончательный базовый страховой тариф не должен превышать 95%, если в результате применения поправочных коэффициентов окончательный базовый страховой тариф превысил 95%, то тариф устанавливается равным 95%.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, при расчете страховой премии в отношении каждого лица, включенного Страхователем в список, Страховщик вправе не применять поправочные коэффициенты в зависимости от возраста, группы здоровья Застрахованного лица, условий труда и других факторов, влияющих на степень риска возникновения и развития хронических заболеваний.

5.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при сроке страхования менее года страховая премия исчисляется в процентах от годовой суммы взносов:

Срок действия договора страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой страховой премии	10	30	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц.

При заключении Договора страхования на срок менее 1 месяца страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется доле месячной премии за количество дней неполного месяца, из расчета 1/30 месячной премии за каждый день, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При изменении условий страхования в течение срока действия Договора страхования страховая премия на оставшийся срок рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования с момента внесения изменений в Договор страхования (посредством составления и подписания Дополнительного соглашения к Договору страхования сторонами) до момента окончания срока действия Договора страхования.

5.9. Страховая премия уплачивается единовременным или рассроченным платежом (страховыми взносами), безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика или наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю.

5.10. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

5.10.1. При безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо уполномоченного представителя Страховщика.

5.10.2. При наличной оплате – день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика, либо уполномоченному представителю Страховщика с получением квитанции установленного образца об оплате.

5.11. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем страховой премии (при единовременной оплате страховой премии)/первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и/или в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования является не вступившим в силу, страховые выплаты по Договору страхования не

производятся. При этом полученные Страховщиком денежные средства полностью подлежат возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения страховой премии/первого взноса не в полном объеме.

5.12. Если Договором страхования не предусмотрено иное, неуплата Страхователем в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере, на основании ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации является отказом Страхователя от Договора страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются.

5.13. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае если уплата страховой премии производится в рассрочку, и страховой случай произошел до наступления срока уплаты очередного страхового взноса (второго, третьего и т.д. Страховщик вправе вычесть размер недоплаченной страховой премии из суммы страховой выплаты.

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

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного заявления на страхование Страхователя (Приложение 21 к Правилам страхования) и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного подписанного сторонами документа – Договора страхования (Приложение 23 к Правилам страхования) либо вручения Страхователю, подписанного Страховщиком страхового полиса (Приложение 22 к Правилам страхования), в том числе в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации.

При коллективной форме Договора страхования каждому Застрахованному лицу выдается страховой полис (свидетельство, сертификат), удостоверяющий право Застрахованного лица на получение медицинской помощи, если это специально оговорено в Договоре страхования.

Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи по Договору страхования.

При утрате Страхователем оригинала Договора страхования (страхового полиса) в период его действия, Страховщик по письменному заявлению Страхователя выдает ему дубликат. Утраченный документ аннулируется, и выплаты по нему не производятся.

При повторной утрате страховых документов в течение действия Договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

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

6.3. Страховщик вправе на основе Правил страхования формировать полисные условия страхования (выдержки из Правил страхования), ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам страхования. Такие полисные условия прилагаются к Договору страхования (полису) и являются его неотъемлемой частью.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

6.4. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут изменить (исключить) отдельные положения Правил страхования и/или дополнить Договор страхования положениями, не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации. Все изменения (дополнения) к Правилам страхования указываются в Договоре страхования.

При наличии расхождений между положениями Договора страхования и настоящими Правилами страхования преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

6.5. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательства при наступлении страхового случая организовать предоставление медицинской помощи, и произвести оплату медицинской организации, или возместить расходы Застрахованному лицу, понесенные им по оплате медицинской помощи, необходимого объема и надлежащего качества в медицинской организации, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой. Страховщик гарантирует оплату медицинской помощи, предусмотренную Правилами страхования и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, предоставляемую медицинской организацией в Российской Федерации и/или за



рубежом. Программой может быть предусмотрено получение Застрахованным лицом консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, фармакологической и иной помощи.

При этом организация оказания медицинской помощи, медицинскими организациями может осуществляться как на основе прямых Договоров с медицинскими организациями, так и при посредничестве сервисных медицинских организаций, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству места нахождения медицинской организации для осуществления им медицинской деятельности.

Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий Договор, в случае отсутствия у него по преysкуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских и иных услуг в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинской организацией.

6.6. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования граждан, подлежащих страхованию.

Однако Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования за счет Страхователя или медицинского анкетирования.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному лицу устанавливается соответствующая группа здоровья:

- группа здоровья I – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания; без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем;

- группа здоровья II – практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющее обострений в течение нескольких лет;

- группа здоровья III – больные, нуждающиеся в лечении, лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;

- группа здоровья IV – больные, нуждающиеся в лечении, лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности;

- группа здоровья V – больные, нуждающиеся в лечении, лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

При определении группы здоровья учитываются факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т.д.). В зависимости от указанных факторов риска (а также от иных факторов риска, используемых Страховщиком в андеррайтерских процедурах (регламентах принятия риска на страхование) Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от прохождения медицинского освидетельствования, Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья V.

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

В Договоре страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза.

6.7.1. При установлении в Договоре страхования условной франшизы Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

6.7.2. При установлении в Договоре страхования безусловной франшизы, размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

6.7.3. Договор страхования может также устанавливаться временную франшизу, то есть период времени (в днях) - между вступлением Договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи - в течение которого оплата полученной медицинской помощи, находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

6.8. Применение в Договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является обязательным условием принятия риска на страхование.

6.9. С целью определения правоспособности Страхователя и соблюдения установленных действующим законодательством Российской Федерации требований на этапе подготовки к

заключению Договоров страхования Страховщик вправе запросить и проверить у Страхователя следующие документы:

а) у Страхователей - резидентов Российской Федерации (юридических лиц/индивидуальных предпринимателей):

- учредительные документы (Устав, изменения в Устав (при их наличии));
- удостоверение личности (паспорт) подписанта Договора страхования;
- свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ), Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП);
- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- выписку из ЕГРЮЛ – для юридических лиц, выписка из ЕГРИП – для индивидуальных предпринимателей (выданная инспекцией Федеральной налоговой службы Российской Федерации). Временный период между датой выдачи выписки из ЕГРЮЛ (ЕГРИП) и датой ее представления Страховщику не должен превышать 30 календарных дней;

- информационное письмо об учете в ЕГРПО (с кодами статистики);
- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени Страхователя (решение полномочного органа Страхователя об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа (протокол общего собрания акционеров (участников, членов и т.д), копия паспорта), совета директоров (наблюдательного совета) и т.п.), приказы о назначении на должность и об отстранении ранее действовавшего руководителя (если назначался), доверенность на подписание Договора страхования с образцом подписи (в случае подписания Договора страхования не единоличным исполнительным органом), если доверенность не содержит образца подписи поверенного, нотариально заверенную копию листа паспорта поверенного, содержащего Ф.И.О. и образец его личной подписи);

- решение полномочного органа Страхователя (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) о разрешении (одобрении) на заключение Договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами Страхователя и/или действующим законодательством Российской Федерации.

б) у Страхователей - резидентов Российской Федерации (физических лиц):

- удостоверение личности подписанта Договора страхования;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования;
- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- медицинская анкета.

в) у Страхователей иностранных контрагентов - нерезидентов Российской Федерации:

- документы, подтверждающие правоспособность Страхователя (регистрацию иностранного юридического лица);

- положение о филиале, представительстве, в случае если Страхователь действует через филиал или представительство, созданные на территории Российской Федерации;

- документы, подтверждающие регистрацию (аккредитацию) филиала иностранной организации и постановку его на учет в налоговых органах;

- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени Страхователя.

г) у Страхователей – нерезидентов Российской Федерации (физических лиц);

- удостоверение личности, выданное компетентными органами иностранных государств;

- документ, подтверждающих право законного пребывания на территории Российской Федерации (въездная виза);

- медицинскую анкету.

Документы должны быть надлежащим образом легализованы.

Документы, составленные на иностранном языке, должны быть переведены на русский язык и предоставлены с нотариальным заверением перевода.

6.9.1. Страховщик вправе принять дополнительные меры по проверке благонадежности Страхователя и дополнительно обратиться к Страхователю за представлением следующих документов:

- справки о наличии недоимки или переплаты в бюджет на дату заключения Договора страхования (подписания дополнительного соглашения о пролонгации Договора страхования);

- копии налоговой декларации по НДС за последний отчетный период с отметкой налогового органа;

- копии бухгалтерского баланса Страхователя за последний отчетный период, с отметкой налогового органа;

- копии договора аренды помещения, по которому зарегистрирован Страхователь;

- копии банковской карточки с образцами подписей и оттиска печати.

У Страхователей, применяющих УСН, ЕНВД, Страховщик вправе запросить документ, подтверждающий возможность применения Страхователем УСН, ЕНВД, а также копию соответствующей налоговой декларации, представляемой в налоговый орган в связи с применением

Страхователем УСН, ЕНВД за последний налоговый период, либо выданный налоговыми органами документ, подтверждающий применение Страхователем УСН, ЕНВД на момент заключения.

Документы, указанные выше, предоставляются в виде оригиналов для свидетельствования представителем Страховщика (в соответствии с наделенными полномочиями на заверение копий документов) верности копии с подлинника или в виде копий, удостоверенных в предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

6.10. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику и сообщает следующие сведения:

6.10.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- возраст лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи (Программа);
- предполагаемый перечень медицинских организаций;
- другие сведения, запрашиваемые Страховщиком.

6.10.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- место нахождения, фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- число лиц, подлежащих страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи (Программа);
- по возможности предполагаемый перечень медицинских организаций.

Страхователь должен не позднее пяти дней со дня подачи заявления предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием следующих обязательных сведений отдельно о каждом, включенном в него, лице:

- фамилии, имени, отчестве;
- даты рождения и места рождения;
- домашнего адреса и телефона;
- паспортных данных;
- Программ (если по Договору страхования предусмотрено несколько Программ).

После заключения Договора страхования этот список, подписанный с обеих сторон, становится его неотъемлемой частью.

6.11. Страховщик имеет право запросить дополнительные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении на страхование и (или) медицинской анкете сведений (Приложение 19 к Правилам страхования). В случае установления того, что Страхователь сообщил недостоверные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.12. Территория страхования – это территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

6.13. Территория страхования: весь мир, если в Договоре страхования не указано иное.

6.14. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации, и оформляется дополнительным соглашением сторон, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

6.15. Если иное не установлено соглашением сторон, изменения вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем подписания Страхователем Дополнительного соглашения к Договору страхования.

6.16. В случае значительного изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

Изменение обстоятельств признаются значительными, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на других условиях.

6.17. В случае если дополнительным соглашением к Договору страхования предусмотрена уплата дополнительной страховой премии, изменения условий Договора страхования вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем дополнительной страховой премии Страховщику либо его уполномоченному представителю в объеме, предусмотренном

дополнительным соглашением к Договору страхования, если иное не установлено соглашением сторон.

6.18. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по незамедлительному уведомлению Страховщика о существенном изменении обстоятельств, сообщенных ему при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

6.19. В случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

6.21. Изменение и расторжение сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

6.22. Согласно статьи 165.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик договорились, что заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или Договор страхования связывают гражданско-правовые последствия для данных лиц, должны быть совершены в письменной форме и переданы адресату (его представителю) на руки, почтовой, телеграфной связью, в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота, а также с помощью электронной почты на электронный адрес Страхователя (Выгодоприобретателя), указанный в Договоре страхования, влекут для них такие последствия с момента доставки соответствующего сообщения адресату (его представителю), при этом юридически значимое сообщение считается доставленным в следующих случаях:

- 1) при передаче юридически значимого сообщения на руки адресату – со дня его вручения;
- 2) при передаче юридически значимого сообщения почтовой, телеграфной связью в случае наступления одного из следующих событий в зависимости от того, какое из них наступило ранее:
  - со дня вручения его адресату;
  - отказа адресата от его получения;
  - по истечению месяца со дня его поступления на объект почтовой связи, обслуживающий адресата, на который отправлено юридически значимое сообщение (в последних двух случаях юридически значимое сообщение считается доставленным, так как оно не было фактически получено адресатом по обстоятельствам, зависящим от него);
- 3) при передаче юридически значимого сообщения с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в т.ч. на адрес электронной почты - со дня его доставки по назначению.

6.23. Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик согласно абзаца 2 п. 1 статьи 432 Гражданского кодекса Российской Федерации договорились, что адреса (в т.ч. адрес электронной почты) данных лиц, указанные в Договоре страхования и в его письменном запросе, а также указанные в них для исполнения Договора страхования сведения о реквизитах банковских счетов этих лиц являются существенными условиями Договора страхования и подлежат изменению только в письменной форме путем односторонних сделок – направления юридически значимых сообщений согласно п.6.22. Правил страхования. При этом Договор страхования считается измененным в этой части со дня доставки юридически значимого сообщения адресату согласно п.6.22. Правил страхования.

В случае изменения адреса (в т.ч. адреса электронной почты), реквизитов банковского счета одной из сторон Договора страхования и не изменения этой стороной Договора страхования в данной части предусмотренным п.6.22.-6.23. Правил страхования способом, риск связанных с этим неблагоприятных последствий (в том числе риск убытков) несет сторона, чьи адрес и (или) реквизиты банковского счета изменились.

6.24. Действие Договора страхования прекращается в случаях:

- 6.24.1. истечения срока его действия;
  - 6.24.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;
  - 6.24.3. отказа Страхователя от Договора страхования;
  - 6.24.4. смерти Страхователя (Застрахованного лица) (в случае заключения Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных, Договор страхования прекращается в отношении данного Застрахованного) с момента уведомления Страховщика;
  - 6.24.5. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.25. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя уплаченная Страхователем страховая премия не подлежит возврату.

6.26. Изменение и прекращение Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

## 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Застрахованное лицо имеет право:

7.1.1. на получение медицинской помощи в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в Договоре страхования;

7.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

7.1.3. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты;

7.1.4. отозвать свое согласие на обработку персональных данных, в случае если такое согласие предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Застрахованное лицо обязано:

7.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

7.2.2. не передавать страховой полис другим лицам, при его утрате немедленно сообщить Страховщику;

7.3. Страхователь обязан:

7.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования;

7.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

7.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинской помощи;

7.4. Страхователь имеет право:

7.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

7.4.2. расширить список Застрахованных лиц по соглашению со Страховщиком в соответствии с условиями, изложенными в п.7.7. Правил страхования;

7.4.3. с согласия Застрахованного лица исключить его или члена его семьи из числа Застрахованных лиц и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных лиц;

7.4.4. в течение срока действия Договора страхования расширить или сократить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых Договором страхования, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинских и иных услуг и (или) увеличения уровня страхового обеспечения Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, установленный Страховщиком. Дополнительное соглашение к Договору страхования, если его условиями не предусмотрено иное, начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса;

7.4.5. отказаться от Договора страхования в любое время, в порядке предусмотренном Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

7.4.6. отозвать свое согласие на обработку персональных данных, в случае если такое согласие предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

7.5. Страховщик обязан:

7.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;

7.5.2. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, гарантированной условиями Договора страхования;

7.5.3. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

7.5.4. при выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему, срокам и качеству медицинской помощи, санитарных норм и правил защищать интересы Застрахованных лиц;

7.5.5. принять решение о страховой выплате или об отказе в выплате в сроки, установленные Договором страхования;

7.5.6. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате, письменно уведомить об этом Застрахованное лицо с мотивированным обоснованием причин отказа;

7.5.7. выдать Страхователю по его требованию Правила страхования, на основании которых заключен Договор страхования и разъяснить основные положения Правил страхования и Договора страхования.

7.6. Страховщик имеет право:

7.6.1. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму и взнос по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую медицинскую помощь, а также статистики размера медицинских расходов при лечении различных видов заболеваний;

7.6.4. проверять сообщенную Страхователем информацию.

7.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику дополнительно сведения о лицах, подлежащих страхованию и уплачивает за них взносы за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания срока страхования с учетом пропорционального изменения страховой премии.

7.8. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из Списка Застрахованных лиц и включаемых в него лицах.

Если исключаемым из списка Застрахованных лиц в период действия Договора страхования не было произведено страховых выплат, сумма страховой премии, за вычетом расходов на ведение дела, учитывается при расчете дополнительного страхового взноса за лиц, включаемых в Список Застрахованных лиц взамен выбывших, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, возвращаются Страхователем Страховщику в течение 5 (пять) рабочих дней с момента увольнения Застрахованного лица, работающего у Страхователя по трудовому Договору.

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

7.10. Страхователь (Застрахованное лицо), заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях Правил страхования, если он является физическим лицом или индивидуальным предпринимателем, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования.

Персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) включают в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации к персональным данным.

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страхователь (Застрахованное лицо) подписанием Договора страхования разрешает сотрудникам Страховщика, принимающим решение по вопросу заключения Договора страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» быть его представителем, а также запрашивать и получать в медицинских и иных организациях, в которые он обращался, состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния его здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанным сотрудникам Страховщика доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового возмещения.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Согласие Страхователя (Застрахованного лица) на обработку персональных данных действует в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет с момента окончания действия Договора страхования (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику, а Договор страхования считается прекращенным досрочно. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе и при расторжении) или отзыва на

обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Выгодоприобретателю/Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

## 8. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

8.2. Период ожидания – промежутки времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

8.3. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу.

8.3.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования на предоставление медицинской помощи, на основании счета и акта выполненных работ медицинской организации за оказание медицинской помощи, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации, либо посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи, включенную в Программу. Основанием для выплаты в последнем случае является Заявление о выплате страхового возмещения (далее – заявление о выплате) Застрахованного лица (Страхователя) (Приложение 25 к Правилам страхования) с приложением документов об оплате медицинской помощи, оказанных медицинской организацией (квитанция, кассовый чек, справка медицинской организации о предоставлении медицинских и иных услуг).

8.3.2. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, в случае самостоятельной оплаты Застрахованным лицом медицинской помощи, Страховщик обязан в срок не более 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов и сведений (если иное не предусмотрено Договором страхования), составить страховой акт (Приложение 26 к Правилам страхования), либо принять решение об отказе в выплате страхового возмещения.

8.3.2.1. В случае принятия решения о выплате Страховщик в течение 7 (семи) рабочих дней со дня подписания страхового акта производит выплату страхового возмещения, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.3.2.2. В случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения Страховщик в течение 7 (семи) рабочих дней (если иное не предусмотрено Договором страхования) со дня принятия решения направляет Страхователю письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения.

8.3.2.3. При несогласии Страхователя (Застрахованного лица) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в страховом полисе.

8.5. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, страховой полис и/или направление и другие документы, оговоренные Договором с медицинской организацией. Информация о перечне документов, необходимых при обращении в медицинскую организацию доводится до Застрахованных лиц при получении страхового полиса либо при заключении Договора страхования.

8.6. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

8.7. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности), установленной Договором страхования.

При необходимости оплаты организации и оказания Застрахованному лицу медицинской помощи сверх страховой суммы (лимита ответственности), услуги могут быть оплачены Застрахованному лицу только после увеличения страховой суммы по Договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

В случае неоплаты или отказа Страхователя в оплате дополнительной страховой премии оплата организации и оказания медицинских и иных услуг сверх лимитов ответственности (страховой суммы) предусмотренных Договором страхования происходит за счет личных средств Застрахованного лица.

8.8. В случае, если по Договору страхования установлена франшиза, размер страховых выплат по Договору страхования или каждому страховому случаю выплачивается с учетом франшизы.

## 9. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

9.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

9.1.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

9.1.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

9.1.4. совершения Застрахованным лицом (Страхователем или Выгодоприобретателем) умышленных действий, повлекших наступление страхового случая.

9.2. Страховщик вправе расширить страховое покрытие на события, указанные в п.п.9.1.2 и 9.1.3 Правил страхования, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

## 10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. По спорам, вытекающим из неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком и/или Страхователем (Выгодоприобретателем) условий Договора страхования, о размере страховой выплаты, наличия страхового случая, обязательен следующий досудебный порядок обращения:

- проведение переговоров - при этом сторона считающая, что ее права нарушены обязана направить уведомление о проведении переговоров не позднее чем за 7 (семь) дней до предполагаемой даты проведения переговоров;

- при не достижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров, сторона считавшая, что ее права нарушены, обязана направить другой стороне письменную претензию с обоснованием заявленных требований и приложением подтверждения этих требований документов.

10.2. Срок рассмотрения претензий 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения. В случае неудовлетворения претензии, споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.3. При решении спорных вопросов положения Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования.

10.4. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.



ПРОГРАММА - «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее – Программа №1)

#### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №1 разработана на основании Правил страхования.

Программа №1 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №1;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №1 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях требующих специализированной скорой и неотложной медицинской помощи (далее - СМП), оказываемой на дому или по месту нахождения Застрахованного лица, лечебной организацией, выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих Договоры со Страховщиком.

#### 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №1 включает в себя:

- возможность круглосуточного обращения за СМП;
- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП;
- строгое ограничение времени доезда транспорта СМП с учетом местонахождения

Застрахованного лица;

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;

- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;

- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

#### 3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и/или направление Страховщика, а также паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №1 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА - «Амбулаторная помощь» (далее – Программа №2)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №2 разработана на основании Правил страхования.

Программа №2 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №2;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №2 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания, при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих специализированной медицинской помощи, оказываемую на дому и в лечебной организации, выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих Договоры со Страховщиком.

## 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №2 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая физиолечение, все виды электролечения (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диадинамические токи, магнитотерапия), светолечения (лазеролечение), теплотечение, ингаляции, все виды массажа, баротерапию, галотерапию, акупунктуру, мануальную терапию гирудотерапию, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (далее - ЛФК).

Застрахованному лицу по Программе №2 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении Застрахованного лица, включая:

- дневной стационар;
- консультации Застрахованных лиц врачами-специалистами на дому, а также консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций, клиник по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- обеспечение предметами медицинского ухода.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

## 3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и/или направление Страховщика, а также паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

При первом обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию он прикрепляется к нему на весь период действия Договора страхования.

Медицинская организация может быть заменена по желанию Страхователя (Застрахованного лица), о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

При отсутствии у медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу могут осуществляться консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №2 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА - «Терапевтический стационар» (далее – Программа №3)

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №3 разработана на основании Правил страхования.

Программа №3 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №3;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №3 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи) Застрахованному лицу в медицинской организации, выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих Договоры со Страховщиком в условиях стационара терапевтического профиля по поводу заболеваний, не нуждающихся в хирургической коррекции.

### 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №3 включает в себя:

- диагностическое обследование лабораторного и инструментального исследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в лечебной организации, с использованием высоких технологий лечения;

- лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий;

- физиолечение, массаж, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, занятия лечебной физической культурой (далее – ЛФК), баротерапию, бальнеологическое лечение, предписанные лечащим врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;

- транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате;

- индивидуальный пост;

- стоимости койко-дня (стоимость количества дней пребывания, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации;

- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

- оформление и выдача медицинской документации.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

### 3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- страхового полиса и/или направления Страховщика, направления лечащего врача амбулаторной лечебной организации;

- паспорта или иного документа удостоверяющего личность;

- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение \_\_\_\_ дней, а по показаниям – в день обращения;

- размещение по возможности в одно-двухместной палате;

- консультация высококвалифицированными специалистами.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №3 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Хирургический стационар» (далее – Программа №4)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №4 разработана на основании Правил страхования.

Программа №4 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №4;
- порядок обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №4 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи при лечении Застрахованного лица в условиях стационара хирургического профиля, лечения в санаторно-курортных условиях и специализированных организациях по поводу травм и хирургических заболеваний.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №4 включает в себя:

- проведения инвазивных диагностических процедур;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в лечебных организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения, а именно: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции);
- стоимость лечения в отделении интенсивной терапии и реанимационных мероприятий;
- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинской и иных услуг, при его лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;
- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост;
- стоимость койко-дня (стоимость количества дней, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаменты (лекарственные препараты)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в лечебной организации;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- оформление и выдача медицинской документации.

Страховщик по отдельно заключаемым Договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции на сердце и сосудах, суставах на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- страхового полиса и/или направления Страховщика, направления лечащего врача амбулаторной лечебной организации;

- паспорта или иного документа удостоверяющего личность;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение \_\_\_\_ дней, а по показаниям – в день обращения;

- размещение по возможности в одно-двухместной палате;
- консультации высококвалифицированными специалистами.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №4 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА – «Лекарственное обеспечение» (далее – Программа №5)

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Программа №5 разработана на основании Правил страхования.

Программа №5 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №5 Страховщик гарантирует частичную или полную компенсацию расходов на приобретение в аптечных организациях лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренную Договором страхования. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий.

**2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера. Страховщик не оплачивает лекарственные препараты и медикаменты, приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определённых Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

**3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

При возникновении необходимости в медикаментах и (или) препаратах Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию за назначением лечения врачом.

**4. СТРАХОВАЯ СУММА**

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №5 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.



ПРОГРАММА - «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»  
(далее – Программа №6)

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №6 разработана на основании Правил страхования.

Программа №6 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №6;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №6 Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинской помощи, оказываемых в медицинских организациях, оказывающих санаторно-курортное и (или) реабилитационно-восстановительное лечение, обеспечение лекарственными препаратами, и изделиями медицинского назначения необходимыми Застрахованному лицу для лечения в амбулаторных и др. условиях в медицинских организациях предусмотренных Договором страхования, а также выездными бригадами на дом. Объем услуг при санаторно-курортном и (или) реабилитационно-восстановительном лечении устанавливается перечнем медицинской помощи конкретной медицинской организации.

### 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №6 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами по профилю оказываемой помощи, консультации, лабораторные и инструментальные исследования – в удобное для Застрахованного лица время (с учетом режима работы медицинской организации);
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая физиотерапию (электро-, свето-, магнито-, теплотечение, лазеротерапию, водолечение, бальнеотерапию, баротерапию и др.), лечебную физкультуру, лечебный массаж, мануальную терапию, иглорефлексотерапию, рефлексотерапию, инъекции, вливания и другие процедуры, манипуляции и методы лечения;
- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний, хирургических вмешательств;
- психотерапевтическое реабилитационное (психотерапия) лечение;
- диагностическое обследование с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения.

Застрахованному лицу по Программе №6 гарантируется предоставление и оплата медицинской помощи, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации (в т.ч. в одно - двухместной палате при наличии таковых).

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

### 3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При необходимости получения санаторно-курортного и (или) реабилитационно-восстановительного лечения Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию или во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

Врач-эксперт Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и/или направление Страховщика, а также паспорт, с целью получения реабилитационно-восстановительного лечения. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги не подлежат оплате.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №6 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

**ПРОГРАММА – «Профилактика здоровья» (далее – Программа №7)****1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Программа №7 разработана на основании Правил страхования.

Программа №7 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №7 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания проведения предварительных и периодических медицинских осмотров Застрахованных лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

**2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №7 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в целях снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз, предупреждения заболеваний (профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы, состояния здоровья Застрахованных лиц;
- иммунопрофилактика;
- вакцинация.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи, за счет средств добровольного медицинского страхования.

**3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций самостоятельно, либо во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и/или направление Страховщика, а также, паспорт или иной документ удостоверяющий личность. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанная этому лицу медицинская помощь, оплате страховщиком не подлежат.

При первом обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию он прикрепляется к нему на весь период действия Договора страхования.

Медицинская организация может быть заменена по желанию Страхователя (Застрахованного лица), о чём он должен заранее уведомить представителя Страховщика.

При отсутствии у медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу могут осуществляться консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком, но только по согласию Страховщика.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

**4. СТРАХОВАЯ СУММА**

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №7 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА – «Сестринский уход» (далее – Программа №8)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №8 разработана на основании Правил страхования.

Программа №8 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №8 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

## 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №8 включает в себя:

- выполнение профилактических и лечебно-диагностических процедур, назначенных лечащим врачом;
- введение лекарственных препаратов, в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии;
- наблюдение за состоянием тяжело больных и престарелых на дому и (или) в стационаре.

## 3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №7 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА - «Стоматологическая помощь» (далее – Программа №9)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №9 разработана на основании Правил страхования.

Программа №9 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №9;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №9 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи, при обращении Застрахованного лица к стоматологу в выбранной профильной медицинской организации.

## 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №9 включает в себя:

- первичный осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;

- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), наложение пломб с применением импортных композитных материалов, гуттаперчевых штифтов др.;
- снятие зубных отложений ультразвуком и пломбировка зубов;
- покрытие зубов лаком;
- восстановление коронковой части зубов при ее разрушении менее чем 50%;
- рентгендиагностика, радиовизиография;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным или общим обезболиванием);
- зубопротезирование по согласованию со Страховщиком.

В каждом конкретном случае Программа №9 может предусматривать исключение из объема покрытия данной категории услуг, если это продиктовано андеррайтерской политикой Страховщика: в частности, если состояние зубов при принятии риска на страхование таково, что Страховщик ни при каких условиях не принял бы на страхование риск, связанный с возможным покрытием расходов по зубопротезированию).

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

## 3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении заболевания Застрахованное лицо обращается в одну из медицинской организации, предусмотренных Договором страхования, самостоятельно, либо во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенного медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и/или направление Страховщика а также паспорт или иной документ удостоверяющий личность. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанную этому лицу медицинскую помощь оплате Страховщиком не подлежит.

При первом обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию он прикрепляется к ней на весь период действия Договора страхования.

Медицинская организация может быть заменена по желанию Страхователя (Застрахованного лица), о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

## 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №9 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Комплексная программа» (далее – Программа №10)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №10 разработана на основании Правил страхования.

Программа №10 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских и иных услуг) оказываемой в рамках Программы №10;

- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №10 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, скорую и неотложную медицинскую помощь, стоматологическую помощь, восстановительно-реабилитационное лечение и санаторно-курортное лечение.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*ЕСЛИ ИНОЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ДОГОВОРОМ СТРАХОВАНИЯ*, ПРОГРАММА №10 ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ:

2.1. «Скорая неотложная медицинская помощь» (далее – СНМП) (далее - Программа №1)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, Программа №1 включает в себя:

- возможность круглосуточного обращения за СНМП;
- незамедлительный выезд специализированных бригад СНМП;
- строгое ограничение времени доезда транспорта СНМП с учетом местонахождения

Застрахованного лица;

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СНМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;

- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;

- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

2.2. «Амбулаторная помощь» (далее - Программа №2)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, Программа №2 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;

- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;

- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;

- расширенный объем лечебной помощи, включая физиолечение, все виды электролечения (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диадинамические токи, магнитотерапия), светолечения (лазеролечение), теплотечение, ингаляции, все виды массажа, баротерапию, галотерапию, акупунктуру, мануальную терапию гирудотерапию, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (далее - ЛФК).

Застрахованному лицу по Программе №2 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении Застрахованного лица, включая:

- дневной стационар;

- консультации Застрахованных лиц врачами-специалистами на дому, а также консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций, клиник по медицинским показаниям;

- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;

- обеспечение предметами медицинского ухода.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

### 2.3. «Терапевтический стационар» (далее - Программа №3)

*Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования*, Программа №3 включает в себя:

- диагностическое обследование лабораторного и инструментального исследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в лечебной организации, с использованием высоких технологий лечения;

- лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий;

- физиолечение, массаж, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, занятия лечебной физической культурой (далее – ЛФК), баротерапию, бальнеологическое лечение, предписанные лечащим врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;

- транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате;

- индивидуальный пост;

- стоимости койко-дня (стоимость количества дней пребывания, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации;

- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

- оформление и выдача медицинской документации.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

### 2.4. «Хирургический стационар» (далее - Программа №4)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, Программа №4 включает в себя:

- проведения инвазивных диагностических процедур;

- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в лечебных организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения, а именно: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции);

- стоимость лечения в отделении интенсивной терапии и реанимационных мероприятий;

- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг, при его лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- стоимость хирургической помощи;

- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;



- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост.
- стоимость койко-дня (стоимость количества дней, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаменты (лекарственные препараты)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в лечебной организации;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- оформление и выдача медицинской документации.

*Страховщик по отдельным заключаемым Договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции на сердце и сосудах, суставах на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.*

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).*

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

#### 2.5. «Лекарственное обеспечение» (далее - Программа №5)

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера: Страховщик не оплачивает лекарственные препараты и медикаменты, приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определенных Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

#### 2.6. «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (далее - Программа №6)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №6 включает в себя:*

- амбулаторный прием специалистами по профилю оказываемой помощи, консультации, лабораторные и инструментальные исследования – в удобное для Застрахованного лица время (с учетом режима работы медицинской организации);
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая физиотерапию (электро-, свето-, магнито-, теплотечение, лазеротерапию, водолечение, бальнеотерапию, баротерапию и др.), лечебную физкультуру, лечебный массаж, мануальную терапию, иглорефлексотерапию, рефлексотерапию, инъекции, вливания и другие процедуры, манипуляции и методы лечения;
- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний, хирургических вмешательств;
- психотерапевтическое реабилитационное (психотерапия) лечение;
- диагностическое обследование с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения.

Застрахованному лицу по Программе №6 гарантируется предоставление и оплата медицинской помощи, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации (в т.ч. в одно - двухместной палате при наличии таковых).

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).*

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

#### 2.7. «Профилактика здоровья» (далее - Программа №7)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №7 включает в себя:*

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в целях снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз, предупреждения заболеваний (профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы, состояния здоровья Застрахованных лиц;
- иммуннопрофилактика;
- вакцинация.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).*

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи, за счет средств добровольного медицинского страхования.

#### 2.8. «Сестринский уход» (далее - Программа №8)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №8 включает в себя:*

- выполнение профилактических и лечебно-диагностических процедур, назначенных лечащим врачом;
- введение лекарственных препаратов, в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии;
- наблюдение за состоянием, а также санитарным состоянием тяжело больных и престарелых на дому и (или) в стационаре.

#### 2.9. «Стоматологическая помощь» (далее - Программа №9)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №9 включает в себя:*

- первичный осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), наложение пломб с применением импортных композитных материалов, гуттаперчевых штифтов др.;
- снятие зубных отложений ультразвуком и пломбировка зубов;
- покрытие зубов лаком;
- восстановление коронковой части зубов при ее разрушении менее чем 50%;
- рентгендиагностика, радиовизиография;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным или общим обезболиванием);
- зубопротезирование по согласованию со Страховщиком.

*В каждом конкретном случае Программа №9 может предусматривать исключение из объема покрытия данной категории услуг, если это продиктовано андеррайтерской политикой Страховщика: в частности, если состояние зубов при принятии риска на страхование таково, что Страховщик ни при каких условиях не принял бы на страхование риск, связанный с возможным покрытием расходов по зубопротезированию).*

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4).*

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

**3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ** регламентируется положениями Программ №1-№9 Правил страхования и условиями конкретного Договора страхования.

При отсутствии в соответствующей медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой лечебной организации из числа сотрудничающих со Страховщиком при согласии Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №10 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА - «Дородовое наблюдение женщин» (далее – Программа №11)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №11 разработана на основании Правил страхования .

Программа №11 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №11;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №11 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

## 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №11 включает в себя:

2.1. Организацию проведения комплексного обследования и наблюдения женщин при заключении Договора страхования на любом сроке беременности и до 36-й недели включительно персональным врачом акушером-гинекологом. На протяжении действия Договора страхования Застрахованному лицу гарантировано оказание следующей медицинской помощи:

- проведение консультаций индивидуального врача акушера-гинеколога;
- осмотры врачами — специалистами (терапевтом, окулистом, невропатологом, психологом и другими специалистами по показаниям);

- проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий, таких как: УЗ-исследования, доплерометрия, внутриутробная ЭХО-КГ плода, определение группы крови и Rh-фактора, исследование по показаниям Rh-антител и титр Rh-антител, исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, гемсиндром, определение глюкозы крови, клинические анализы крови, исследования мочи, исследования влагалищного отделяемого на флору, а, кроме того - определение ХГЧ и АПФ в крови, исследование крови на ЦМВ, герпес, токсоплазмоз, краснуху, влагалищного отделяемого на хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз, цитологическое исследование влагалищного мазка, бактериологическое исследование.

Выполнение осмотров и лабораторных исследований осуществляется на основании инструкций и рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и зависит от индивидуальных особенностей течения беременности, сроков обращения для заключения Договора страхования.

2.2. Комплекс обследований и специализированной медицинской помощи в случае возникновения экстрагенитальной патологии осуществляется на базе Договоров с ЛПО (поликлиник, женских консультаций) Страховщика в полном объеме, в соответствии с назначениями врача. Комплексное амбулаторно-поликлиническое обслуживание включает проведение консультации, обследование и лечение в амбулаторных условиях с привлечением врачей-специалистов различных профилей по согласованию с акушером-гинекологом.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.), а также:

- профессиональных заболеваний;
- неотложных состояний, являющихся компетенцией служб скорой и неотложной медицинской помощи;
- травм всех видов, отравлений.

Программой №11 может быть предусмотрено оказание медицинской помощи, на дому при условии включения ее в Договор страхования.

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

2.3. Страховщик оплачивает предоставление медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи (далее - СМП) с транспортировкой Застрахованного лица в лечебную организацию по медицинским показаниям.

Вызов бригады СМП осуществляется через врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

Застрахованному лицу по Программе №11 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара, включая:

- проведение стационарного лечения беременной, (при необходимости), связанного с акушерской патологией, Страховщик организует и оплачивает госпитализацию Застрахованного лица в профильную медицинскую организацию;

- пребывание в стационаре;
- медицинское обеспечение, хирургические вмешательства и манипуляции, связанные с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

2.4. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить медицинскую помощь, предусмотренные действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных Договором страхования.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и/или медицинскую организацию.

### 3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №11 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Акушерская помощь» (далее – Программа №12)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №12 разработана на основании Правил страхования.

Программа №12 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №12;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №13 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания нижеуказанной медицинской помощи в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №12 включает в себя:

2.1. Медицинскую помощь предоставляемую в родильном доме, родильном отделении клиники (стационара):

2.2. Госпитализацию Застрахованного лица при начале родовых схваток, а также при экстренной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод или появлением кровяных выделений.

2.2.1. Неотложная госпитализация осуществляется по медицинским показаниям, при наличии направления лечащего врача акушера - гинеколога. Ответственность Страховщика составляет:

- организация и оплата первых 3-х дней пребывания в стационаре в дородовом периоде;
- организация и оплата медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций, связанных с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

Застрахованному лицу по Программе №12 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при пребывании в условиях стационара, включая:

2.3. После родов Страховщик обязуется при наличии обеспечить размещение Застрахованного лица в одно - двухместной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам. Пребывание роженицы и новорожденного в отделениях стационара после физиологически протекавших родов 3-5 календарных дней с момента поступления в стационар и 7-10 календарных дней после проведения операции «Кесарево сечение», без дополнительной оплаты возможно только при наличии соответствующего медицинского заключения лечащего врача.

2.3.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат;
- 3-кратную влажную уборку;
- ежедневную смену белья (полотенца, пеленки);
- 4-разовое питание.

2.4. Застрахованное лицо обязано:

- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом;
- выполнять указания о необходимом курсе лечения;
- не поднимать тяжести, не употреблять алкоголь, наркотики;
- прибыть на госпитализацию в вышеуказанную медицинскую организацию согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: паспорт, обменную карту Страховщика или женской консультации по месту жительства, страховой полис.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.), а также:

- гнойно-септические очаги инфекции;
- пороки сердца с недостаточностью кровообращения;
- гипертоническая болезнь II и III стадий;
- заболевания почек (гломерулонефрит),
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы);

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии,

после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения. При этом диагностика и лечение травматологической и хирургической патологии выполняется на общих основаниях и не оплачивается за счет средств добровольного медицинского страхования.

2.5. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением медицинской помощи дополнительно предусмотренных Программой №12.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) незамедлительно письменно уведомляет об этом Страховщика и/или медицинскую организацию.

### 3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №12 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Индивидуальное ведение родов» (далее – Программа №13)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №13 разработана на основании Правил страхования Страховщика.

Программа №13 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи подлежащей возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №13 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания нижеуказанной медицинской помощи в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №13 включает в себя:

2.1. Медицинскую помощь, предоставляемую Застрахованному лицу по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности:

- консультация лечащего врача, окулиста, терапевта, невропатолога, психолога и других специалистов по показаниям с выработкой окончательной тактики ведения родов;
- осмотр беременной при поступлении в медицинскую организацию;
- диагностическое обследование: ультразвуковые исследования, доплерометрия кровотока, кардиотахография плода, исследование биофизического профиля плода;
- лабораторно-диагностические обследования, включающие в себя исследования на носительство HBS и HCV антигенов, резус-антитела, RW, ВИЧ, вагинальную флору, внутриутробные инфекции;
- лечение урогенитальной инфекции при наличии показаний;
- эффективные методы лечения и профилактики осложнений в родах, послеродовом периоде;
- при выявлении у Застрахованного лица специфических, хронических очагов инфекции вопрос о возможности проведения родов решается в индивидуальном порядке;
- подготовка родовых путей к родам;
- роды через естественные родовые пути; оперативное родоразрешение – «Кесарево сечение» при наличии абсолютных показаний; «индуцированные роды»;

Вопрос о необходимости проведения операции «Кесарево сечение» при наличии относительных показаний решается в процессе родов, применительно к конкретной ситуации.

Застрахованному лицу по Программе №13 гарантируется оплата организации и оказания медицинских услуг при пребывании в условиях стационара, включая:

- использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и фракционного обезболивания в индивидуальных родовых залах, операционных, палатах интенсивной терапии;
- обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и желания роженицы, осуществляющееся в следующих видах:
  - эпидуральная (спинномозговая) анестезия;
  - внутривенный наркоз;
  - масочная ингаляция закисно-кислородной смесью;
- использование одноразового инструментария: шприцев, игл, перчаток, режущего инструмента, белья при приеме родов, внутривенных катетеров;
- индивидуальный сервисный родильный зал.

2.2. Ведение родов предусмотрено с обязательным присутствием медицинской бригады, в которую входят:

- акушер-гинеколог (персональный);
- анестезиолог (при необходимости проведения анестезии);
- неонатолог (педиатр);
- акушерка.

2.3. По совместному желанию родителей и при отсутствии медицинских противопоказаний - присутствие супруга (другого члена семьи) на родах.

2.4. Для профилактики заболеваний матери и новорожденного в стационаре предусмотрена возможность их совместного пребывания, что способствует максимальной разобщенности с другими родильницами и новорожденными.

2.4.1. Противопоказаниями к совместному пребыванию являются:

Со стороны матери:

- отсутствие согласия матери;



- поздний токсикоз беременных;
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации;
- стремительные роды;
- оперативное родоразрешение и т.п. согласно заключению лечащего врача.

Со стороны новорожденного:

- недоношенность, незрелость;
- хроническая гипоксия плода;
- гипотрофия плода;
- гемолитическая болезнь новорожденного согласно заключению лечащего врача.

2.4.2. В случае отказа матери от совместного пребывания с новорожденным, ребенок помещается в детскую палату, где ему обеспечивается необходимый уход среднего медицинского персонала и квалифицированное наблюдение со стороны врача-неонатолога, в которое входит санитарно-гигиеническая обработка новорожденного, взвешивание, кормление смесями, имеющими сертификат качества, наблюдение за новорожденным - круглосуточное.

2.5. Страховщик обязуется обеспечить при наличии размещение Застрахованному лицу в 1-2 местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам. Пребывание родильницы и новорожденного в отделениях стационара после физиологически протекавших родов 3-5 календарных дней с момента поступления в стационар и 7-10 календарных дней после проведения операции «Кесарево сечение», без дополнительной оплаты возможно только при наличии соответствующего медицинского заключения лечащего врача.

2.5.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат;
- 3-х кратную влажную уборку;
- ежедневную смену белья (полотенца, пеленки);
- 4- разовое питание.

2.5.2. при наличии показаний:

- комплексная физиотерапевтическая реабилитация;
- УЗИ матки и придатков после родов;
- клинико-биохимические исследования;
- консультации врачей специалистов.

2.6. Посещение послеродового отделения разрешается ежедневно, в установленные часы, предусмотренные медицинской организацией. В целях профилактики послеродовых осложнений посетители обязаны строго соблюдать правила санитарно-гигиенического режима родильного дома.

2.7. Пользование личными вещами: плеер, фото-, видеоаппаратура, мобильный телефон и др.

2.8. Застрахованное лицо обязано:

- систематически по указанию лечащего врача проходить осмотры;
- по показаниям проходить лабораторно-диагностические обследования (анализ крови на HBS, HCV антигены, RW и т.п.);
- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом;
- выполнять указания о необходимом курсе лечения;
- не выезжать за пределы города, постоянного места проживания;
- не поднимать тяжести, не употреблять алкоголь, наркотики;
- прибыть на госпитализацию в вышеуказанную медицинскую организацию согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: паспорт, обменную карту Страховщика или женской консультации по месту жительства, страховой полис и/или направление.

2.9. В течение 28 календарных дней после родов в случае возникновения у Застрахованного лица послеродовых осложнений Страховщик обязуется без дополнительной оплаты:

- провести консультацию специалиста в медицинской организации, где проходили роды;
- в случае необходимости – осуществить транспортировку Застрахованного лица в медицинскую организацию по месту родов при условии нахождения Застрахованного лица в городе, постоянного места проживания;
- в случае рекомендации лечащего врача - госпитализировать Застрахованное лицо в гинекологическое отделение.

2.10. Услуги по оказанию медицинской помощи новорожденному ребенку после выписки из стационара в Программу №13 не входят.

2.11. Страховщик обязуется обеспечить предоставление медицинской помощи врачом, выбранным Страхователем (Застрахованным лицом):

2.11.1. Лечащий врач может быть заменен другим врачом в случае:

- а) согласия Страхователя (Застрахованного лица);
- б) уважительной причины, т.е. невозможности выполнять врачебные функции в связи с болезнью или иными уважительными причинами.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не

признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4), а также:

- гнойно-септические очаги инфекции;
- пороки сердца с нарушением кровообращения;
- гипертоническая болезнь II и III стадий;
- заболевания почек (гломерулонефрит);
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы);

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

При возникновении у Застрахованного лица острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения. При этом диагностика и лечение травматологической и хирургической патологии выполняется на общих основаниях и не оплачивается за счет средств добровольного медицинского страхования.

2.12. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением медицинской помощи дополнительно предусмотренных Договором страхования.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) незамедлительно письменно уведомляет об этом Страховщика и/или медицинскую организацию.

### 3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №13 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА - «Домашний доктор» (далее – Программа №14)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №14 разработана на основании Правил страхования.

Программа №14 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №14 Страховщик гарантирует частичную или полную компенсацию медицинской помощи включая медикаментозное и инструментальное обеспечение, оказываемые специально закрепленным врачом.

## 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера: Страховщик не оплачивает лекарственные препараты и медикаменты, приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определённых Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

## 3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении необходимости в медицинской помощи, домашнего доктора Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию и (или) к Страховщику.

## 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №14 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

## ПРОГРАММА – «Дорогостоящая медицинская помощь» (далее – Программа №15)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №15 разработана на Правил страхования .

Программа №15 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №15;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №15 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Программа №15 предусматривает четыре варианта: «Стандарт», «VIP», «Стандарт Плюс», «Эконом».

По вариантам «Стандарт» и «Стандарт Плюс» в рамках одного Договора страхования на страхование может быть принят как один, так и несколько Застрахованных лиц в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования.

По варианту «VIP» в рамках одного Договора страхования на страхование может быть принято только одно Застрахованное лицо.

Застрахованными лицами могут являться лица не старше 60 лет.

На страхование не принимаются лица, ранее перенесшие или страдающие злокачественными новообразованиями на момент заключения Договора страхования, инвалиды 1, 2 группы.

Страхование осуществляется на основании заявления на страхование (Приложение 1 к Программе №15) и страхового полиса (Приложение 2 к Программе №15).

Страховщик оставляет за собой право, перед заключением Договора страхования, провести экспертизу медицинской документации и рекомендовать проведение дополнительных исследований лиц, принимаемых на страхование, для оценки фактического состояния здоровья за их счёт, при наличии ранее перенесенных заболеваний, развитие которых могло привести к состояниям, препятствующим заключению Договора страхования и иных случаях, вызывающих сомнения у представителей Страховщика. Страховщик может отказаться от заключения Договора страхования, если возможность проведения экспертизы медицинской документации, в том числе по рекомендованным дополнительным исследованиям, ему не предоставлена.

## 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## 2.1. По варианту «Стандарт»:

- обследование и оперативное лечение при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика);
- эндопротезирование коленного и/или тазобедренного сустава;
- трансплантация донорской почки;
- хирургическое вмешательство при впервые выявленной желчекаменной болезни;
- предоперационное обследование, оперативное лечение с химиотерапией и/или лучевой терапией при злокачественных новообразованиях, исключая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей.

## 2.2. По варианту «VIP»:

- обследование и оперативное лечение при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика);
- эндопротезирование коленного и/или тазобедренного сустава;
- трансплантация донорской почки;
- предоперационное обследование и оперативное лечение с химиотерапией и/или лучевой терапией при злокачественных новообразованиях, исключая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;
- хирургическое вмешательство при впервые выявленной болезни;
- хирургическое вмешательство при впервые выявленной желчекаменной болезни;
- хирургическое вмешательство при впервые выявленном остеохондрозе позвоночника, осложненного грыжами межпозвоночных дисков;
- стационарное лечение при гипертоническом кризе.

## 2.3. По варианту «Стандарт Плюс»:

- обследование и оперативное лечение при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика);
- эндопротезирование коленного и/или тазобедренного сустава;

- трансплантация донорской почки;
- оперативное лечение заболеваний органов уха, горла, носа;
- оперативное лечение заболеваний органов дыхания;
- предоперационное обследование, оперативное лечение с химиотерапией и/или лучевой терапией при злокачественных новообразованиях, исключая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;
- оперативное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей;
- оперативное лечение урологических заболеваний;
- оперативное лечение молочной железы;
- оперативное лечение гинекологических заболеваний;
- оперативного лечения впервые выявленных заболеваниях органа(ов) брюшной полости и забрюшинного пространства;
- оперативное лечение глаукомы;
- оперативное лечение катаракты;
- оперативное лечение травмы глаз.

#### 2.4. По варианту «Эконом»:

- обследованию и оперативному лечению при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика);
- эндопротезирование коленного и/или тазобедренного;
- хирургическое вмешательство при впервые выявленной желчекаменной болезни;
- предоперационное обследование, оперативное лечение с химиотерапией и/или лучевой терапией при злокачественных новообразованиях,

3. Если Застрахованное лицо ранее перенес или страдает одним (несколькими) из ниже перечисленных заболеваний, Программа №15 страхования в части соответствующих показаний не действует:

#### 3.1. При варианте «Стандарт»:

- деформирующий артроз любой этиологии II и выше стадий;
- ишемическая болезнь сердца;
- хроническая почечная недостаточность;
- желчекаменная болезнь.

#### 3.2. При варианте «VIP»:

- деформирующий артроз любой этиологии II и выше стадий;
- ишемическая болезнь сердца;
- хроническая почечная недостаточность;
- мочекаменная болезнь;
- желчекаменная болезнь;
- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами межпозвоночных дисков;
- артериальная гипертензия с кризовым течением и гипертонической болезнью.

#### 3.3. При варианте «Стандарт Плюс»:

- деформирующий артроз любой этиологии II и выше стадий;
- ишемическая болезнь сердца;
- хроническая почечная недостаточность;
- желчекаменная болезнь;
- любые заболеваниями органа(ов) брюшной полости и забрюшинного пространства, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
- любое урологические заболеваниями, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
- любое заболевание молочной железы, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
- любое гинекологическими заболеваниями, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
- любые заболевания органов дыхания, требующими оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
- любые заболевания органа(ов) уха, горла, носа, требующими оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
- любые заболеваниями органов зрения, требующими оперативного лечения на момент заключения Договора страхования.

4. Застрахованному лицу по Программе №15 гарантируется оплата организации и оказания медицинской помощи при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских и иных услуг;

- стоимость транспортировки по показаниям в санитарном автомобиле;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- стоимость пользования операционной;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате, реанимации;

- индивидуальный пост (при условии наличия услуги в медицинской организации);

Медицинская помощь предусмотренная Программой №15, оказывается в медицинских организациях на территории Российской Федерации, при страховании по варианту «VIP» медицинская помощь может быть предоставлена в зарубежных медицинских организациях.

Программа №15 не предусматривает предоставление и оплату повторной операции по трансплантации и гемодиализ за исключением 2 гемодиализов перед первой операцией. Тактику и план лечения определяет лечащий врач медицинской организации, в которую обратилось Застрахованное лицо за получением медицинской помощи по Программе №15.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

## 5. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Стоимость медицинской помощи возмещаемая Страховщиком по Программе №15, не может превышать страховую сумму.

5.1. По варианту «Стандарт» при страховании одного Застрахованного лица устанавливается страховая сумма в размере 1 000 000 руб. При страховании нескольких Застрахованных лиц (до 5 человек) устанавливается единая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, в размере 1 500 000 руб., в том числе:

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к обследованию и оперативному лечению при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика) лимит ответственности Страховщика составляет 550 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к эндопротезированию коленного и/или тазобедренного сустава лимит ответственности Страховщика составляет 450 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к хирургическому вмешательству при обострении желчекаменной болезни лимит ответственности Страховщика составляет 200 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к лечению при злокачественных новообразованиях лимит ответственности Страховщика составляет 500 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц.

5.2. По варианту «VIP» страховая сумма устанавливается в размере 5 000 000 руб.

5.3. По варианту «Стандарт Плюс» страховая сумма устанавливается в размере 1 500 000 руб., в том числе:

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к обследованию и оперативному лечению при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика лимит ответственности Страховщика составляет 550 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к эндопротезированию коленного и/или тазобедренного сустава лимит ответственности Страховщика составляет 450 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к трансплантации донорской почки лимит ответственности Страховщика составляет 1 100 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показанию к лечению при злокачественных новообразованиях лимит ответственности Страховщика составляет 500 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи по показаниям к хирургическому лечению органов уха, горла, носа, органов дыхания, варикозного расширения вен нижних конечностей, урологических заболеваний, молочной железы, гинекологических заболеваний и/или впервые возникшего заболевания органа(ов) брюшной

полости и забрюшинного пространства, оперативное лечение глаукомы, оперативное лечение катаракты, оперативное лечение травмы глаз лимит ответственности Страховщика составляет 200 000 руб.

5.4. По варианту «Эконом» страховая сумма устанавливается в размере 800 000 руб., в том числе:

- по показанию к обследованию и оперативному лечению при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика) лимит ответственности Страховщика составляет 550 000 рублей;

- по показанию к эндопротезированию коленного и/или тазобедренного сустава лимит ответственности Страховщика составляет 450 000 рублей;

- по показанию к хирургическому вмешательству при обострении желчекаменной болезни лимит ответственности Страховщика составляет 100 000 рублей;

- по показанию к лечению при злокачественных новообразованиях лимит ответственности Страховщика составляет 500 000 рублей.

## 6. ФОРМА И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования или в рассрочку.

При оплате страховой премии в рассрочку, в случае наступления страхового случая до того как сумма премии будет уплачена полностью, Страхователь обязан доплатить до операции оставшуюся часть премии. В случае неоплаты Застрахованным лицом страхового взноса в порядке, предусмотренном настоящим абзацем, оплата медицинской помощи не производится. В случае просрочки уплаты очередной части страховой премии в течение двух месяцев с даты, оговоренной в Договоре страхования, Договор страхования расторгается, уплаченная ранее страховая премия возврату не подлежит.

Страхователь может уплачивать страховую премию по безналичному расчету или наличными денежными средствами представителю Страховщика, который обязан выдать квитанцию об оплате установленной формы.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА

Страхование обусловленное Договором страхования распространяется на страховые случаи, наступившие на 14-х календарный день со дня, следующего за днем уплаты страховой премии.

## 8. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

Страховой тариф устанавливается согласно Приложению 18 к Правилам страхования.

9. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В случаях выявления заболеваний, требующих оказания медицинской помощи перечисленных в разделе 2 Программы №15 и предусмотренных Договором страхования, Застрахованное лицо (его представитель) обязано:

- обратиться к Страховщику по телефону врачебно-диспетчерской службы;
- подать заявление о необходимости предоставления медицинской помощи;
- предоставить направление лечащего врача на лечение;
- предоставить выписку из истории болезни с указанием даты первого обращения по возникшему заболеванию, установленного диагноза;
- дать разрешение Страховщику на ознакомление с медицинской документацией.

Врач Страховщика проверяет направление лечащего врача на лечение, медицинскую документацию и после соответствия диагноза рекомендуемому лечению выписывает направление на лечение в медицинскую организацию предусмотренное Договором страхования.

По усмотрению Страховщика Застрахованному лицу может быть назначено медицинское освидетельствование.

Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию за медицинской помощью и предоставляет следующие документы: страховой полис, направление врача Страховщика с подтверждением диагноза возникшего заболевания, медицинскую документацию, паспорт.

## 10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора и на основании счета медицинской организации за оказание медицинской помощи путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет данной медицинской организации. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинской помощи оказанной Застрахованному лицу при наступлении страхового случая. Основанием для выплат является обращение Застрахованного лица (Страхователя) по медицинским показаниям в медицинскую организацию в соответствии с порядком, указанным в разделе 9 Программы №15.

11. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования по Программе №15 уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

ПРОГРАММА – «Антиклещ» (далее – Программа №16)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №16 разработана на основании Правил страхования.

Программа №16 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №16;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №16 Страховщик оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи оказываемых в амбулаторно-поликлинических, стационарных (терапевтический стационар) условиях медицинской организации, указанных в Договоре страхования.

Программа №16 содержит четыре возможных варианта страхования: «Эконом», «Стандарт», «Особый», «Детский».

Вариант «Детский» предназначен только для страхования детей в возрасте до 14 лет включительно.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования Программа №16, включает в себя:

2.1. По варианту «Эконом»:

- первичный медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в медицинской организации;

- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;

- исследование клеща;

- профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин»;

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в медицинскую организацию, профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин» при повторном укусе. Предоставляется не более двух инъекций за эпидемический сезон с интервалом 30 дней или не более 2-х курсов лечения таблетками «Йодантипирин» за эпидемический сезон;

- в случае заболевания клещевым энцефалитом и/или клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующей медицинской помощи в условиях стационара:

- стоимость пребывания и лечения в медицинской организации;

- стоимость медицинского обслуживания.

2.2. По варианту «Стандарт»:

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в медицинской организации;

- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;

- исследование клеща;

- профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин». Лечение таблетками «Йодантипирин» или инъекции предоставляются без ограничения кратности. Введение иммуноглобулина с интервалом 30 дней по показаниям;

- в случае заболевания клещевым энцефалитом и/или клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующей медицинской помощи в условиях стационара:

- стоимость пребывания и лечения в медицинской организации;

- стоимость медицинского обслуживания.

2.3. По варианту «Особый»:

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в медицинской организации, исследование клеща, профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин». Лечение таблетками «Йодантипирин» или инъекции предоставляются без ограничения кратности. Введение иммуноглобулина с интервалом 30 календарных дней по показаниям;

- консультирование врачом-специалистом (при наличии такого в медицинской организации) в течение 30 календарных дней после укуса клеща при возникновении соответствующих показаний;

- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;



- в случае заболевания клещевым энцефалитом и/или клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующей медицинской помощи в условиях стационара;

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость транспортировки в санитарном автомобиле;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате, реанимации, индивидуальный пост (при условии наличия услуги в медицинской организации).

#### 2.4. По варианту «Детский»:

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в медицинской организации, исследование клеща, профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин». Лечение таблетками «Йодантипирин» и инъекции предоставляются без ограничения кратности. Введение иммуноглобулина с интервалом 30 календарных дней по показаниям;

- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;
- в случае заболевания клещевым энцефалитом и/или клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующей медицинской помощи в условиях стационара:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания.

Введение иммуноглобулина спустя 96 часов с момента укуса клещом не производится, ввиду отсутствия лечебного эффекта от введения иммуноглобулина.

Повторная иммунизация проводится не ранее, чем через 30 календарных дней с момента предшествующей иммунизации и только при наличии документального подтверждения даты предшествующей иммунизации.

Медицинская помощь предусмотренные Программой №16, оказываются в медицинской организации, предусмотренных Договором страхования.

3. Договором страхования может быть предусмотрен один из следующих вариантов обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью:

#### Вариант 1.

- обратиться к Страховщику по телефону врачебно-диспетчерской службы \_\_\_\_\_;
- подать заявление о необходимости предоставления медицинской помощи;

#### Вариант 2.

- обратиться в медицинскую организацию, перечисленные в Договоре страхования или иные, имеющие возможность оказать необходимую медицинскую помощь предъявив паспорт, Договор страхования.

5. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора и на основании счета медицинской организации за оказание медицинской помощи путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации. Оплата первичного медицинского осмотра Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща, исследование клеща, профилактического введения противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин» также возможна посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи включенных в Программу №16, а также затраты на приобретение в аптечных организациях иммуноглобулина или таблеток «Йодантипирин». Основанием для выплат является заявление о выплате Застрахованного лица (Страхователя) с приложением всех документов, подтверждающих наступление страхового случая, в том числе документа об оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (квитанция, кассовый чек, справка медицинской организации о предоставлении медицинской помощи по медицинскому осмотру Застрахованного лица и удалению присосавшегося клеща, исследование клеща, профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин», рецепт выписанный медицинской организации на приобретение в аптечном организации иммуноглобулина или таблеток «Йодантипирин»).

6. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №16 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Здоровая семья» (далее – Программа №17)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №17 разработана на основании Правил страхования.

Программа №17 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских и иных услуг) оказываемой в рамках Программы №17;

- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №10 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, скорую и неотложную медицинскую помощь, стоматологическую помощь, восстановительно-реабилитационное лечение и санаторно-курортное лечение.

В рамках Программы №17 на страхование принимаются работники Страхователя и члены семей работников Страхователей.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*ЕСЛИ ИНОЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ДОГОВОРОМ СТРАХОВАНИЯ*, ПРОГРАММА №17 ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ:

2.1. «Скорая неотложная медицинская помощь» (далее – СНМП) (далее - Программа №1)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, Программа №1 включает в себя:

- возможность круглосуточного обращения за СНМП;  
- незамедлительный выезд специализированных бригад СНМП;  
- строгое ограничение времени доезда транспорта СНМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СНМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;

- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;

- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

2.2. «Амбулаторная помощь» (далее - Программа №2)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, Программа №2 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;  
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;

- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;

- расширенный объем лечебной помощи, включая физиолечение, все виды электролечения (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диадинамические токи, магнитотерапия), светолечения (лазеролечение), теплолечение, ингаляции, все виды массажа, баротерапию, галотерапию, акупунктуру, мануальную терапию, гирудотерапию, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (далее - ЛФК).

Застрахованному лицу по Программе №2 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении Застрахованного лица, включая:

- дневной стационар;

- консультации Застрахованных лиц врачами-специалистами на дому, а также консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций, клиник по медицинским показаниям;

- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;

- обеспечение предметами медицинского ухода.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

### 2.3. «Терапевтический стационар» (далее - Программа №3)

*Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования*, Программа №3 включает в себя:

- диагностическое обследование лабораторного и инструментального исследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в лечебной организации, с использованием высоких технологий лечения;

- лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий;

- физиолечение, массаж, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, занятия лечебной физической культурой (далее – ЛФК), баротерапию, бальнеологическое лечение, предписанные лечащим врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;

- транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате;

- индивидуальный пост;

- стоимости койко-дня (стоимость количества дней пребывания, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации.

- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

- оформление и выдача медицинской документации.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

### 2.4. «Хирургический стационар» (далее - Программа №4)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования*, Программа №4 включает в себя:

- проведения инвазивных диагностических процедур;

- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в лечебных организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения, а именно: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции);

- стоимость лечения в отделении интенсивной терапии и реанимационных мероприятий;

- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг, при его лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост.
- стоимость койко-дня (стоимость количества дней, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаменты (лекарственные препараты)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в лечебной организации.
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- оформление и выдача медицинской документации.

*Страховщик по отдельно заключаемым Договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции на сердце и сосудах, суставах на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.*

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).*

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

#### 2.5. «Лекарственное обеспечение» (далее - Программа №5)

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера: Страховщик не оплачивает лекарственные препараты и медикаменты, приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определенных Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

#### 2.6. «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (далее - Программа №6)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №6 включает в себя:*

- амбулаторный прием специалистами по профилю оказываемой помощи, консультации, лабораторные и инструментальные исследования – в удобное для Застрахованного лица время (с учетом режима работы медицинской организации);
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая физиотерапию (электро-, свето-, магнито-, теплотечение, лазеротерапию, водолечение, бальнеотерапию, баротерапию и др.), лечебную физкультуру, лечебный массаж, мануальную терапию, иглорефлексотерапию, рефлексотерапию, инъекции, вливания и другие процедуры, манипуляции и методы лечения;
- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний, хирургических вмешательств;
- психотерапевтическое реабилитационное (психотерапия) лечение;
- диагностическое обследование с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения.

Застрахованному лицу по Программе №6 гарантируется предоставление и оплата медицинской помощи, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации (в т.ч. в одно - двухместной палате при наличии таковых).

*Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).*

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на

общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

#### 2.7. «Профилактика здоровья» (далее - Программа №7)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования,* Программа №7 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в целях снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз, предупреждения заболеваний (профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы, состояния здоровья Застрахованных лиц;
- иммунопрофилактика;
- вакцинация.

*Если иное не предусмотрено Договором страхования,* не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи, за счет средств добровольного медицинского страхования.

#### 2.8. «Сестринский уход» (далее - Программа №8)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования,* Программа №8 включает в себя:

- выполнение профилактических и лечебно-диагностических процедур, назначенных лечащим врачом;
- введение лекарственных препаратов, в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии;
- наблюдение за состоянием, а также санитарным состоянием тяжело больных и престарелых на дому и (или) в стационаре.

#### 2.9. «Стоматологическая помощь» (далее - Программа №9)

*Если иное не предусмотрено Договором страхования,* Программа №9 включает в себя:

- первичный осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), наложение пломб с применением импортных композитных материалов, гуттаперчевых штифтов др.;
- снятие зубных отложений ультразвуком и пломбировка зубов;
- покрытие зубов лаком;
- восстановление коронковой части зубов при ее разрушении менее чем 50%;
- рентгендиагностика, радиовизиография;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным или общим обезболиванием);
- зубопротезирование по согласованию со Страховщиком.

*В каждом конкретном случае Программа №9 может предусматривать исключение из объема покрытия данной категории услуг, если это продиктовано андеррайтерской политикой Страховщика: в частности, если состояние зубов при принятии риска на страхование таково, что Страховщик ни при каких условиях не принял бы на страхование риск, связанный с возможным покрытием расходов по зубопротезированию).*

*Если иное не предусмотрено Договором страхования,* не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ регламентируется положениями Программ №1-№9 Правил страхования и условиями конкретного Договора страхования.

При отсутствии в соответствующей медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой лечебной организации из числа сотрудничающих со Страховщиком при согласии Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №10 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

РАЗМЕР БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ  
(в % к страховой сумме)

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год.

Таблица 1

№ п/п	Программа	Тариф (в %)
1	2	3
1	«Скорая и неотложная медицинская помощь»	8,08
2	«Амбулаторная помощь»	10,26
3	«Терапевтический стационар»	8,18
4	«Хирургический стационар»	6,04
5	«Лекарственное обеспечение»	5,15
6	«Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»	9,1
7	«Профилактика здоровья»	5,04
8	«Сестринский уход»	3,05
9	«Стоматологическая помощь»:	
	- без зубопротезирования:	9,62
	- с зубопротезированием:	12,02
10	«Комплексная программа»:	
	- без зубопротезирования:	64,52
	- с зубопротезированием:	66,92
11	«Здоровая семья»	66,92
12	«Дородовое наблюдение женщин»	38,99
13	«Акушерская помощь»	36,55
14	«Индивидуальное ведение родов»	38,89
15	«Домашний доктор»	16,74
16	«Дорогостоящая медицинская помощь»:	
	- вариант «Эконом»:	0,20
	- вариант «Стандарт»;	0,25
	- вариант «Стандарт Плюс»;	0,65
	- вариант «VIP».	0,72
17	«Антиклещ»:	
	- вариант «Эконом»;	0,45
	- вариант «Стандарт»;	0,48
	- вариант «Особый»;	0,52
	- вариант «Детский».	0,45

В Таблице 1 по Программам «Комплексная программа» и «Здоровая семья», представлен тариф при условии включения в Программы «Комплексная программа» и «Здоровая семья» всех Программ, указанных в пп.4.3.1.-4.3.9. Правил страхования, при включении в Программы «Комплексная программа» и «Здоровая семья» только части Программ из указанных в пп.4.3.1.-4.3.9. Правил страхования, расчет тарифа будет производиться путем сложения брутто-ставок (тарифов) тех Программ, которые будут входить в Программы «Комплексная программа» и «Здоровая семья».

По Программам «Комплексная программа» и «Здоровая семья» представлен тариф, рассчитанный при условии включения в Программы «Комплексная программа» и «Здоровая семья» всех Программ №1 - №9, при включении в Программы «Комплексная программа» и «Здоровая семья» только части из Программ №1 - №9 расчет тарифа происходит в соответствии со способом, указанным в Расчете и экономическом обосновании тарифных ставок по Добровольному медицинскому страхованию граждан.

В зависимости от количества Программ, входящих в Программы «Комплексная программа» и «Здоровая семья», Страховщик вправе применять следующие поправочные коэффициенты:

Таблица 2

Количество Программ, входящих в Программы «Комплексная программа» и «Здоровая семья»	Размер поправочного коэффициента
1	2
9 программ	0,65
8 программ	0,67
7 программ	0,70
6 программ	0,75
5 программ	0,85
4 программы	0,90
3 программы	0,95
2 программы	0,97

Для Программы «Дорогостоящая медицинская помощь» Страховщик вправе применить следующие поправочные коэффициенты:

При принятии на страхование лиц в возрасте старше 50 лет по варианту «Эконом», «Стандарт», «Стандарт Плюс» или «VIP» применяется поправочный коэффициент 1,50 (к базовому страховому тарифу), на одного человека.

При страховании по варианту «Стандарт» Страховщик может применять следующие поправочные коэффициенты:

Таблица 3

№ п/п	Количество Застрахованных лиц	Размер поправочного коэффициента
1	2	3
1	при одном Застрахованном лице	1,00
2	при 2 –х Застрахованных лицах	0,50
3	при 3 –х Застрахованных лицах	0,40
4	при 4 –х Застрахованных лицах	0,35
5	при 5 – и Застрахованных лицах (включая Страхователя)	0,31

При страховании по варианту «Стандарт Плюс» Страховщик может применять следующие поправочные коэффициенты:

Таблица 4

№ п/п	Количество Застрахованных лиц	Размер поправочного коэффициента
1	2	3
1	при одном Застрахованном лице	1,00
2	при 2 –х Застрахованных лицах	0,85
3	при 3 –х Застрахованных лицах	0,75
4	при 4 –х Застрахованных лицах	0,67
5	при 5 – и Застрахованных лицах (включая Страхователя)	0,60

Иные поправочные коэффициенты по Программе «Дорогостоящая медицинская помощь» не применяются за исключением коэффициента (К4) при условии страхования более 5 человек.

Для Программы «Антиклещ» Страховщик вправе применить к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты в зависимости от региона: понижающий коэффициент от 0,10 до 0,95 или повышающий коэффициент от 1,05 до 3,00.

Иные поправочные коэффициенты по Программе «Антиклещ» не применяются, за исключением поправочных коэффициентов за количество Застрахованных лиц (К4) и за объем медицинской помощи, предусмотренной Программой (К5).

При заключении конкретного Договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам повышающие (от 1,00 до 3,00) и понижающие (от 0,10 до 0,97) коэффициенты с учетом следующих факторов:

- возраст Застрахованного лица (Страховщик вправе применять повышающий коэффициент (от 1,19 до 2,50 и понижающий коэффициент (0,97) – (К1):



Таблица 5

Возраст Застрахованного лица (полных лет)	Понижающий поправочный коэффициент	Повышающий поправочный коэффициент
1	2	3
возрастная категория до 1 года	1,00	2,50
возрастная категория от 1 до 5 лет	1,00	2,10
возрастная категория от 6 до 16 лет	1,00	1,50
возрастная категория от 17 до 40 лет	0,97	1,00
возрастная категория от 41 до 50 лет	1,00	1,19
возрастная категория от 51 до 55 лет	1,00	1,40
возрастная категория от 56 до 60 лет	1,00	1,50
возрастная категория от 61 до 65 лет	1,00	1,75
возрастная категория от 66 до 70 лет	1,00	1,90
возрастная категория от 71 до 75 лет	1,00	2,00
возрастная категория старше 75 лет	1,00	2,10

При заключении Договора страхования с физическими лицами в г.Кириши, Сургуте и Сургутском районе по Программам «Комплексная программа» и «Здоровая семья» Страховщик не применяет коэффициент за возраст Застрахованного лица.

При страховании коллектива Страховщик вправе не применять поправочные коэффициенты за возраст Застрахованного лица.

При наличии в Договоре страхования Застрахованных лиц старше 55 лет Страховщик вправе применять повышающий коэффициент за возраст только для данной категории лиц.

В случае применения поправочных коэффициентов за возраст и установлении общей страховой суммы при страховании коллектива расчет страхового тарифа для Застрахованных лиц разных возрастных категорий производится следующим образом: рассчитывается страховой тариф с применением всех предусмотренных поправочных коэффициентов на каждое Застрахованное лицо, а в Договоре страхования применяется средне - арифметический страховой тариф, рассчитанный методом сложения всех страховых тарифов рассчитанных на каждое Застрахованное лицо и делением на общее количество Застрахованных лиц по Договору страхования.

- Состояние здоровья Застрахованного лица (согласно п.6.6. Правил страхования выделены 5 групп здоровья Застрахованных лиц, базовые страховые тарифы рассчитаны для людей, относящихся к 3 группе здоровья) (К2).

Таблица 6

№ п/п	Группа здоровья Застрахованного лица	Размер поправочного коэффициента
1	2	3
1	1 группа здоровья	0,90
2	2 группа здоровья	0,95
3	3 группа здоровья	1,00
4	4 группа здоровья	2,10
5	5 группа здоровья	2,50

В случае заключения Договора страхования без предварительного медицинского освидетельствования граждан поправочные коэффициенты за группу здоровья не применяются.

В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для пятой группы здоровья.

- Профессия (род занятий) Застрахованного лица (в отношении лиц, профессиональные обязанности и условия труда которых связаны с повышенным риском причинения вреда здоровью, возникновения и развития хронических заболеваний применяется повышающий коэффициент от 1,20 до 3,00) - (К3).

Для применения поправочных коэффициентов в зависимости от профессии (рода занятий) Застрахованного лица Страховщик применяет следующую Таблицу классификации категорий Застрахованных по профессиям (роду занятий):

Таблица 7

Категория	Описание профессии (род занятий)	Поправочный коэффициент
I категория	Служащие, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне) или регулярными командировками. Профессии, связанные с использованием приборов и аппаратных средств, не представляющих повышенной опасности (фотографы в студиях, программисты, телефонные операторы). Преподаватели, воспитатели, врачи. Лица, временно или постоянно не работающие: домохозяйки, пенсионеры, учащиеся.	1,00
II категория	Служащие, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне), регулярно совершающие командировки (в зависимости от частоты и географии поездок ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования). Профессии, связанные с использованием лёгкого ручного труда или преимущественным пребыванием вне помещения. Водители автотранспорта, машинисты поездов.	1,20
III категория	Профессии, непосредственно связанные с процессом производства, использованием машин и механизмов, поднятием тяжестей, Строители, электрики, крановщики. Монтажники, работающие на высоте от 5 метров.	1,50
IV категория	Профессии, связанные с работой в неблагоприятных условиях, использованием опасных механизмов. Управляющие высокого уровня (ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования с учётом особенностей). Сотрудники служб безопасности, не носящие оружия.	2,00
V категория	Лица, работающие в особо неблагоприятных или опасных условиях (под землёй, на высоте от 15 метров, в плавильных цехах). Сотрудники правоохранительных органов. Сотрудники служб безопасности, носящие оружие.	3,00

При страховании коллектива поправочные коэффициенты за категорию профессии (род занятий) Страховщик вправе не применять.

Количество Застрахованных лиц по Договору страхования (Страховщик может применять понижающий коэффициент от 0,15 до 0,95) – (К4):

Таблица 8

Кол-во Застрахованных лиц, чел.	Поправочный коэффициент
1	2
2-5	0,95
6-9	0,92
10-25	0,90
26-100	0,85
101-250	0,80
251-1 200	0,75
1 201-3 000	0,70

Кол-во Застрахованных лиц, чел.	Поправочный коэффициент
1	2
3 001-5 500	0,65
5 501-7 000	0,60
7 001-18 000	0,50
18 001-25 000	0,45
25 001-45 000	0,40
45 001- 75 000	0,35
Свыше 75 000	0,20

- объем медицинской помощи, предусмотренный Программой (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95 так и повышающий коэффициент от 1,05 до 3,00) – (K5);

- перечень заболеваний предусмотренных Программой (может применяться как понижающий коэффициент от 0,40 до 0,90 так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,50) – (K6);

- категория медицинских организаций, количество медицинских организаций, стоимость оказания медицинской помощи в выбранных медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 3,00) – (K7);

- регион оказания медицинской помощи (может применяться понижающий коэффициент от 0,20 до 0,90 так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,00) (K8);

- размер страховой суммы по Договору страхования (может применяться как понижающий коэффициент от 0,50 до 0,90 так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,00) (K9) в зависимости от стоимости оказания медицинской помощи в выбранных медицинских организациях;

При установлении общей страховой суммы по Договору страхования на всех Застрахованных лиц необходимо применять повышающий коэффициент (K10) - 1,20.

- установление отдельных лимитов ответственности – по отдельным Программам, видам медицинской помощи, группам Застрахованных лиц и т.п. (может применяться понижающий коэффициент от 0,50 до 0,90) – (K11) (в зависимости от влияния установленных лимитов ответственности на размер страховой выплаты и частоту обращений в медицинские организации за получением медицинской помощи);

- установление франшизы (может применяться понижающий коэффициент от 0,30 до 0,90 в зависимости от вида и размера франшизы) (K12);

- отношение выплат к взносам по ранее заключенным Договорам страхования при страховании коллектива (в отношении всего Договора страхования), либо страховании физических лиц (в отношении одного и того же Застрахованного лица) (может применяться как понижающий коэффициент от 0,50 до 0,95, так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,5) - (K13):

Таблица 9

Поправочный коэффициент	Отношение выплат к взносам														
	0%	до 5%	свыше 5% до 15%	свыше 15% до 25%	свыше 25% до 35%	свыше 35% до 50%	свыше 50% до 70%	свыше 70% до 80%	свыше 80% до 85%	свыше 85% до 100%	свыше 100% до 125%	свыше 125% до 140%	свыше 140% до 160%	свыше 160% до 200%	свыше 200%
	0,50	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	-	1,10	1,20	1,40	1,65	1,85	2,00	2,50

При внесении страховой премии в рассрочку может применяться повышающий коэффициент от 1,05 до 1,35 - (K14):

Таблица 10

Количество страховых взносов	2	3	4	5	6	7	8
поправочный коэффициент	1,05	1,10	1,15	1,20	1,30	1,33	1,35

В случае расширения страхового покрытия на события, указанные в п.9.1.2. Правил страхования Страховщик применяет повышающий коэффициент 1,40 (K15).

В случае расширения страхового покрытия на события, указанные в п.9.1.3. Правил страхования Страховщик применяет повышающий коэффициент 1,50 - (К16).

При установлении в Договоре страхования страховой суммы менее расчетной и определенной для конкретных медицинских организаций, Страховщик вправе применять к страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,00 до 3,00 (К17).

В зависимости от соотношения сотрудников и родственников в группе Застрахованных лиц по Договору страхования Страховщик вправе применить понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95 – (К18).

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год. При сроке страхования менее года страховая премия исчисляется в следующих процентах от годовой страховой премии (страхового тарифа), если иное не предусмотрено Договором страхования:

Таблица 11

Срок страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой премии	10	30	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При заключении Договора страхования на срок менее 1 месяца страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется доле месячной премии за количество дней неполного месяца, из расчета 1/30 месячной премии за каждый день, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц, при этом неполный месяц принимается за полный, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При изменении условий страхования в течении срока действия Договора страхования страховая премия на оставшийся срок рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования с момента внесения изменений в Договор страхования (посредством составления дополнительного соглашения и согласования данного дополнительного соглашения Сторонами) до момента окончания срока действия Договора страхования.

При расторжении Договора страхования, в который были внесены изменения страховая премия, подлежащая возврату, рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования (с момента начала его действия), если иное не предусмотрено Договором страхования.

При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять скидки к страховой премии по конкретным Договорам страхования за счет снижения расходов на заключение Договоров страхования (вознаграждения).

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики расчета и экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении страхового тарифа по конкретному Договору страхования, в частности определения факторов риска влияющих на тариф, диапазона применения поправочных коэффициентов для каждого такого фактора риска, а также конкретных значений поправочных коэффициентов для определенных значений факторов риска, использовался метод экспертных оценок, который рекомендован при недостаточности фактических данных. Для более точного расчета поправочных коэффициентов, применяемым к базовым страховым тарифам, наиболее репрезентативной является собственная практика Страховщика. По мере накопления статистического материала Страховщик будет наблюдать за влиянием факторов риска на результат страхования, будет оценивать такое влияние и в зависимости от полученных результатов, уточнять, корректировать приведенные выше поправочные коэффициенты, о чем уведомит орган страхового надзора в установленном законодательством порядке.

Конкретный страховой тариф по Договору страхования определяется как произведение базового страхового тарифа на поправочные коэффициенты, соответствующие факторам риска по данному Договору страхования.

В любом случае при применении поправочных коэффициентов, результирующий страховой тариф не должен превышать 95%, если в результате применения поправочных коэффициентов результирующий страховой тариф превысил 95%, то страховой тариф устанавливается равным 95%.