

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ПАРИ»

УТВЕРЖДЕНО
Приказом от 28.03.2023 г. № 37
Генеральный директор
АО «СК «ПАРИ»

_____ А.М. Кудряков

Регистрационный номер: 014

ПРАВИЛА
добровольного медицинского страхования

Москва, 2023 г.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
1. Субъекты страхования	3
2. Объект страхования	3
3. Страховые риски. Страховые случаи	3
4. Страховая сумма. Лимит ответственности. Франшиза	5
5. Страховая премия	5
6. Порядок заключения, изменения и прекращения договора страхования	6
7. Порядок исполнения договора страхования и осуществления страховой выплаты	11
8. Права и обязанности Застрахованного лица, Страхователя, Страховщика	13
9. Разрешение споров	17

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования, Правила) определяют общие условия, на которых Акционерное общество «Страховая компания «ПАРИ» (далее – Страховщик) может заключать договоры добровольного медицинского страхования (кроме договоров добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов), и порядок осуществления добровольного медицинского страхования (кроме договоров добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов).

Договором добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования, Договор) является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая) осуществить в пределах установленной договором страхования суммы (страховой суммы) страховую выплату путем организации и оплаты медицинских и иных услуг Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица) в объемах, установленных программой (или программами) добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования).

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Страховщик – Акционерное общество «Страховая компания «ПАРИ».

1.2. Страхователь – иностранное или российское юридическое лицо, дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договоры страхования.

1.3. Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по Договору, заключенному между Страхователем и Страховщиком. Застрахованными лицами в рамках добровольного медицинского страхования могут быть граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, и (или) указанное в Программе страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу.

3.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, иных предусмотренных Программой страхования заболеваний и состояний, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Договором и Программой страхования услуг.

3.4. Конкретный перечень событий из числа указанных в п.3.3 настоящих Правил указывается в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

Договором страхования и (или) Программой страхования может быть установлен отвечающий требованиям, установленным законодательством Российской Федерации, конкретный перечень событий, заболеваний, травматических повреждений и иных состояний, только в результате

наступления которых события, указанные в п.3.3 настоящих Правил, признаются страховыми случаями.

3.5. Перечень медицинских и иных услуг, которые могут быть организованы и оплачены в рамках добровольного медицинского страхования, устанавливается Программами страхования.

3.6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию и (или) иную организацию для организации и оказания услуг в связи с событиями, не являющимися страховыми случаями в соответствии с Программами страхования и настоящими Правилами.

3.7. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию и (или) иную организацию для организации и оказания услуг:

3.7.1. в связи с заболеваниями, состояниями, событиями, произошедшими вне сроков действия страхования и (или) Договора страхования, если в Договоре и (или) Программе страхования не установлено иное;

3.7.2. в связи с событиями, заболеваниями, травматическими повреждениями и иными состояниями, не указанными в определении страхового случая, если Договором страхования и (или) Программой страхования установлен конкретный перечень событий, заболеваний, травматических повреждений и иных состояний, только в результате наступления которых события, указанные в п.3.3 настоящих Правил, признаются страховыми случаями;

3.7.3. не предусмотренных Договором и (или) Программой страхования;

3.7.4. в медицинской и (или) иной организации, не предусмотренной Договором и (или) Программой страхования, если в Договоре и (или) Программе страхования не установлено иное;

3.7.5. по поводу заболеваний и состояний, возникших в результате стихийных бедствий;

3.7.6. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным лицом противоправных деяний;

3.7.7. в связи с намеренным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, в том числе при суицидальных попытках, и иными умышленными деяниями Застрахованного лица, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

3.7.8. для оказания услуг, которые не были рекомендованы лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры, а также которые были выполнены или будут выполнены по желанию Застрахованного лица без медицинских показаний;

3.7.9. с косметической целью, если Договором и (или) Программой страхования не предусмотрено иное;

3.7.10. по поводу лазерной коррекции зрения, если Договором и (или) Программой страхования не предусмотрено иное;

3.7.11. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании, алкогольного, токсического или наркотического опьянений, заболеваний и состояний, являющихся последствием приема алкоголя, наркотических и иных опьяняющих веществ;

3.7.12. по поводу инфекционных заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, заболевания любой формой ВИЧ-инфекции в любой ее стадии и ВИЧ-ассоциированных заболеваний, вирусных гепатитов В и С, если Договором и Программой страхования не предусмотрено иное.

3.8. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и (или) иную организацию (компанию, службу) для организации и оказания медицинских и иных услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших вне территории страхования заболеваний, травматических повреждений и иных состояний, если территория страхования определена в Договоре страхования и (или) Программе страхования.

3.9. Перечень исключений из страховых случаев (п. 3.7 настоящих Правил) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

3.10. По соглашению сторон Договора страхования в Программы страхования могут вноситься перечни услуг, не подлежащих оплате в рамках страховой выплаты, и перечни событий, заболеваний, состояний, при которых обращение Застрахованного лица не признается сторонами Договора страхования страховым случаем.

3.11. Если Договором не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если необходимость обращения Застрахованного лица в медицинскую и (или) иную организацию вызвана заболеваниями травматическими повреждениями и иными состояниями, возникшими в результате:

- 3.11.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.11.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.11.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования Страховщиком по соглашению со Страхователем.

4.3. Страховая сумма устанавливается в договоре страхования на каждое Застрахованное лицо и определяет максимальную стоимость медицинской помощи и иных предусмотренных Договором страхования (Программой страхования) услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока страхования.

4.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховая сумма является уменьшаемой (агрегатной) и рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страховых выплат, осуществленных Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными. При этом Договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

4.5. В договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя в пределах страховой суммы могут устанавливаться лимиты ответственности, ограничивающие размер страховой выплаты по одной Программе страхования или их совокупности, по видам медицинской помощи, видам лекарственной помощи, видам иных услуг, предусмотренных Программой страхования, отдельным заболеваниям, травматическим повреждениям, состояниям, событиям или их комбинациям, на один или несколько страховых случаев, по отдельным категориям и (или) видам расходов, подлежащих возмещению по договору страхования.

Лимит ответственности является предельной величиной при осуществлении страховых выплат по всей совокупности страховых случаев, соответствующих данному лимиту ответственности.

4.6. Страховая сумма и (или) лимит ответственности могут быть изменены по соглашению сторон Договора страхования, в том числе при изменении Программ страхования.

4.7. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от выплаты, если ее размер не превышает размер франшизы, однако осуществляет выплату полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

5.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие ставку страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

5.3. Страховая премия уплачивается единовременно, то есть одним платежом. Страховщик вправе предоставить Страхователю возможность уплатить страховую премию в рассрочку несколькими страховыми взносами. В договоре страхования, предусматривающем уплату

страховой премии в рассрочку, должны быть определены размер страховых взносов и сроки их уплаты.

Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором страхования предусматриваются последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.4. Если договором страхования не предусмотрено иное, то днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- день поступления всей суммы страховой премии (страхового взноса) на банковский счет Страховщика при уплате в безналичном порядке;

- день получения всей суммы страховой премии (страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика или внесения всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика при уплате наличными деньгами.

5.5. При определении размера страховой премии Страхователю (Застрахованному лицу) может быть предложено заполнить медицинскую анкету, а также указать сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного лица). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить принимаемое на страхование лицо на медицинское обследование (на медицинский осмотр), кроме случаев заключения Договоров страхования в виде электронных документов.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

6.2. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами, или путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

6.3. Договор страхования может быть заключен в виде электронного документа с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – Сайт Страховщика).

6.3.1. Для заключения Договора страхования в виде электронного документа Страхователь создает и отправляет Страховщику информацию в электронной форме с использованием Сайта Страховщика. При этом обмен информацией осуществляется с использованием Сайта Страховщика, адреса электронной почты и (или) номера мобильного телефона, сообщенных Страхователем-физическим лицом.

6.3.2. При необходимости Страхователь по запросу Страховщика предоставляет информацию и документы в соответствии с перечнем документов, указанных в п.6.7 настоящих Правил, в т.ч. в электронном виде (в виде электронных документов).

6.3.3. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя – физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

6.3.4. В соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Страховщиком и Страхователем электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

6.3.5. В случае направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса, подписанного усиленной

квалифицированной электронной подписью страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 N 63-ФЗ «Об электронной подписи», договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты страхователем страховой премии (страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и настоящих Правилах (полисных условиях, условиях страхования), подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных страховщиком условиях.

6.3.6. Электронные документы, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, направляются на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем-физическим лицом.

6.4. Сторонами Договора страхования может использоваться при заключении Договора факсимильное воспроизведение подписей и печатей с помощью средств механического или иного копирования, электронная подпись либо иной аналог собственноручной подписи.

6.5. Требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме между Страхователем (Застрахованным лицом) и Страховщиком при осуществлении страхования могут устанавливаться соглашением между Страхователем и Страховщиком с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации.

6.6. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

6.7. При заключении договора страхования Страховщик вправе запросить у Страхователя а Страхователь обязан предоставить Страховщику документы и сведения, необходимые для заключения договора страхования и оценки страхового риска:

- сведения о Застрахованных лицах, необходимые для их идентификации (фамилию, имя, отчество, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес проживания);

- известные Страхователю сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, сведения о себе (для Страхователя – физического лица – фамилию, имя, отчество, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, для Страхователя – юридического лица – наименование юридического лица, индивидуальный номер налогоплательщика, банковские реквизиты, адрес места нахождения);

- сведения, указанные в письменном заявлении на страхование, списках застрахованных лиц, медицинских и иных анкетах, по форме, установленной Страховщиком;

- письменное согласие Застрахованного лица на предоставление Страховщику из медицинских и иных учреждений сведений о Застрахованном лице (в т.ч. сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица, причинах и обстоятельствах обращения Застрахованного лица в медицинские учреждения, заболеваниях, назначенном и(или) полученном лечении);

- документы, свидетельствующие о состоянии здоровья Застрахованного лица: документы с результатами медицинских обследований, в т.ч. подтверждающих сведения, указанные в заявлении - анкете на страхование; документы из лечебных учреждений, подтверждающие перенесенные заболевания (амбулаторная карта или выписка из амбулаторной карты; выписные эпикризы, заключения медицинских специалистов, результаты гистологических исследований, результаты анализов).

- сведения и документы, необходимые для идентификации клиента, в соответствии с требованиями Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

- письменное согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

В случае если полученные документы и сведения не содержат в полном объеме информацию, достаточную для заключения договора страхования и оценки страхового риска, Страховщик может предложить Страхователю предоставить дополнительные документы и сведения.

6.8. Проверка наличия имущественного интереса осуществляется при принятии решения о страховой выплате путем запроса соответствующих подтверждающих документов.

6.9. Договор страхования заключается с применением Программ добровольного медицинского страхования, изложенных в Приложении №1 к настоящим Правилам.

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут дополнять и изменять Программы страхования, изложенные в Приложении №1 к настоящим Правилам, при этом могут использоваться действующие в Российской Федерации международные и отраслевые классификаторы болезней, медицинских услуг и специальностей и иные классификаторы, а также Программы страхования могут быть дополнены услугами, с указанием их вида, объема и порядка оказания, или из их состава могут быть исключены отдельные услуги.

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь также могут договориться об определении исчерпывающего перечня лекарственных средств, медицинских изделий, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования для Застрахованного лица в качестве подлежащих оплате и не подлежащих оплате, о внесении в Программу страхования перечня услуг, не подлежащих оплате в рамках страховой выплаты, и перечня событий, заболеваний, состояний, при которых обращение Застрахованного лица не признается сторонами Договора страхования страховым случаем.

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь также могут договориться об определении в Программах страхования перечня учреждений (организаций, служб) и оказываемых ими видах помощи, услуг, объеме услуг с применением условий, указанных в Программах добровольного медицинского страхования, изложенных в Приложении №1 к настоящим Правилам, и с учетом положений настоящих Правил.

По соглашению Страховщика и Страхователя в Договоре страхования может быть сформирована иная конкретная Программа страхования на основании видов, объема, порядка оказания медицинской помощи, лекарственной помощи, иных услуг, организуемых и оплачиваемых по Договору страхования, из числа указанных в Программах добровольного медицинского страхования, изложенных в Приложении №1 к настоящим Правилам, и с учетом положений настоящих Правил.

Страховщик и Страхователь могут договориться о названии конкретной Программы страхования, отражающем ее медицинскую направленность, целевой клиентский сегмент, вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи и (или) иных услуг или ином названии.

6.10. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил из текста договора страхования и (или) его дополнении положениями, не изложенными в тексте настоящих Правил, если такие изменения, исключения и (или) дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

6.11. Положения настоящих Правил, не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя и Застрахованного лица, если в Договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил, и сами Правила изложены в одном документе с Договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора Правил должно быть удостоверено записью в Договоре.

6.12. При наличии противоречий между положениями Договора и настоящими Правилами страхования преимущественную силу имеют условия Договора.

6.13. Страховщик может заключать с физическими и юридическими лицами Договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества Застрахованных лиц.

6.14. Страхователь – физическое лицо может заключить Договор страхования в отношении себя или в отношении иного физического лица (физических лиц).

6.15. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, может быть заменено по заявлению Страхователя другим лицом или исключено из списка Застрахованных лиц при условии предоставления Страховщику Страхователем письменного согласия Застрахованного лица.

6.16. Если Договором страхования не предусмотрено иное, срок действия Договора страхования составляет один календарный год с момента вступления Договора в силу.

6.17. Срок страхования может устанавливаться сторонами различным для разных Программ страхования или для разных рисков в составе Программ страхования.

6.18. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

6.18.1. о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);

6.18.2. о характере события (событий), на случай наступления которого (которых) осуществляется страхование (страховой случай);

6.18.3. о сроке действия Договора;

6.18.4. о размере страховой суммы.

6.19. Страхователь передает Страховщику сведения о Застрахованных лицах, необходимые для идентификации Застрахованных лиц (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения), а также, по требованию Страховщика, сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, об их занятости на вредных производствах, вредных для здоровья факторах на производстве, иные сведения, которые Страхователь запросит как имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий недействительности сделки в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованное лицо), уже отпали.

6.20. При заключении Договора добровольного медицинского страхования Страховщик вправе назначить медицинский осмотр лица, принимаемого на страхование (лиц, принимаемых на страхование) для оценки фактического состояния его (их) здоровья, кроме случаев заключения Договора страхования в виде электронного документа. Предварительный медицинский осмотр принимаемых на страхование лиц производится за счет средств Страхователя, если сторонами Договора не предусмотрено иное.

6.21. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

6.22. Если после заключения Договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного Договора страхования.

6.23. Договор страхования прекращается в случаях:

6.23.1. истечения срока его действия;

6.23.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме;

6.23.3. неуплаты Страхователем страхового взноса или неполной оплаты взноса в установленные Договором страхования сроки;

Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений путем направления письменного уведомления Страхователю на указанный Страхователем в договоре страхования адрес и (или) адрес электронной почты и (или) номер телефона или путем устного уведомления Страхователя по указанному им в договоре страхования номеру телефона.

6.23.4. в случае смерти Застрахованного лица;

6.23.5. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.24. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц из списка Застрахованных лиц до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В этом случае договор страхования прекращает действовать со дня прекращения существования страхового риска, а Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.25. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами действующего законодательствами Российской Федерации с письменным уведомлением Страховщика. Если Договором не предусмотрено иное, при досрочном отказе

Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, за исключением случаев, указанных в п.6.26 и п.6.27 настоящих Правил.

6.26. Если Страхователь, являющийся физическим лицом, отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме.

Если Страхователь, являющийся физическим лицом, отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю. Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю в данном случае вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Страховщика и Страхователя, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования.

Страховая премия возвращается по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

Условия страхования, изложенные в настоящем пункте Правил, не распространяются на следующие случаи:

- осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности;

- осуществление добровольного страхования, предусматривающего оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию;

- осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.27. При отказе Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации в соответствии с Указанием Банка России от 29.03.2022 N 6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления отдельных видов добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации», Страховщик при отсутствии в течение срока страхования страховых случаев возвращает Страхователю уплаченную страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Страховая премия возвращается по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

6.28. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

6.29. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная

Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие Договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц, если Договором или законом не предусмотрено иное.

7. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем организации и (или) оплаты стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также лекарственных средств и (или) медицинских изделий непосредственно (или через агента) в медицинскую организацию, в аптечную (или иную) организацию.

7.2. Страховщик оплачивает в рамках исполнения Договора страхования услуги, оказанные во время действия страхования по заданию Страховщика в счет страховой выплаты Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

7.3. Организация оказания медицинских и (или) иных услуг в российских и иностранных медицинских и (или) иных организациях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с медицинскими организациями, так и с привлечением и при посредничестве сервисных компаний (агентов).

7.4. Размер страховой выплаты (убытка) определяется стоимостью организованных и оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг (и (или) предоставленных лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий), предусмотренных Программами страхования, если Договором и (или) Программой страхования не предусмотрено иное.

7.5. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и (или) иные организации, указанные в Договоре страхования и (или) Программе страхования, или предварительно к Страховщику в соответствии с установленной Договором страхования процедурой.

7.6. Обращение Застрахованного лица для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программами страхования, в медицинские и иные организации, не предусмотренные Договором страхования и (или) Программой страхования, возможно только по предварительному согласованию со Страховщиком, если в Договоре и (или) Программе страхования прямо не предусмотрено иное.

7.7. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских и (или) иных услуг, оказанных по предварительному согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования и (или) Программы страхования, наличными или безналичными денежными средствами.

7.8. Осуществление перечисления денежных средств со стороны Страховщика за оказанные Застрахованному лицу услуги производится после получения от медицинских организаций документов, подтверждающих наступление страхового случая и оказание предусмотренных Программой страхования услуг: счета, документа, удостоверяющего личность получателя выплаты, банковских реквизитов и других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, реестра оказанных услуг с указанием диагноза (кода диагноза в соответствии с действующей международной классификацией болезней), сроков лечения, перечня и количества оказанных услуг, их общей стоимости и детализации по ценам для отдельных услуг, оказанных Застрахованному лицу.

7.9. Возмещение понесенных Застрахованным лицом расходов на оплату предусмотренных Программой страхования, применяемой в соответствии с Договором, услуг осуществляется на основании заявления о страховой выплате от Застрахованного лица с приложением документа, удостоверяющего личность получателя выплаты, при осуществлении выплаты в безналичном порядке - банковских реквизитов и других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты, оригиналов оплаченного счета от медицинской или иной организации, оказавшей услуги, перечня оказанных услуг и их стоимости с детализацией по ценам, квитанции или кассового чека, подтверждающих факт оплаты услуг, заверенной медицинской организацией выписки из медицинского документа (или заверенной медицинской организацией копии медицинского документа), подтверждающего факт наступления страхового случая и оказания

услуг, заверенного медицинской организацией преискуранта медицинской организации, договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Застрахованным лицом (или Страхователем) и медицинской организацией, если заключение такого договора обязательно в соответствии с действующим законодательством по месту нахождения медицинской организации, заверенной копии лицензии медицинской организации со всеми приложениями.

7.10. Если из содержания документов, представленных Страховщику в соответствии с требованиями п.7.8 и п.7.9 настоящих Правил, невозможно установить права на получение страховой выплаты, достоверные обстоятельства и причины наступления страхового случая или определить размер причиненных убытков, Страховщик может предложить представить дополнительные документы, позволяющие установить обстоятельства и причины наступления страхового случая, размер причиненных убытков и права на получение страховой выплаты. Страховщик также вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства и причины страхового случая, права получателя страховой выплаты, а также размер причиненных убытков для него известны или очевидны.

7.11. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг оговоренному в Договоре и Программе страхования объему, сроки предоставления услуг, наступление страхового случая и выполнение других положений Договора и Программы страхования, а также содействует проведению экспертизы качества оказанных услуг по письменному заявлению Застрахованного лица.

7.12. В случае осуществления страховой выплаты путем перечисления Страховщиком денежных средств за оказанные Застрахованному лицу услуги в соответствии с условиями договора, заключенного Страховщиком с медицинскими организациями, аптечными организациями, сервисными службами и иными учреждениями, оплата их помощи и услуг производится путем безналичных расчетов авансом или по счету, выставленному за фактически оказанные помощь и услуги, предусмотренные Программой страхования, в течение 25 (двадцати пяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента предоставления документов, предусмотренных п.7.8 и п.7.10 настоящих Правил.

Уведомление об отсутствии оснований для страховой выплаты направляется в течение 25 (двадцати пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в п.7.8 и п.7.10 настоящих Правил, если иной срок не определен в договоре страхования.

7.13. В случае осуществления страховой выплаты путем возмещения понесенных Застрахованным лицом или Страхователем расходов на оплату предусмотренных применяемыми в соответствии с Договором страхования Программами страхования услуг, Страховщик производит страховую выплату в течение 25 (двадцати пяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента предоставления документов, предусмотренных п.7.9 и п.7.10 настоящих Правил.

Уведомление об отсутствии оснований для страховой выплаты направляется в течение 25 (двадцати пяти) рабочих дней с момента получения всех необходимых документов, указанных в п.7.9 и п.7.10 настоящих Правил, если иной срок не определен в договоре страхования.

7.14. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

7.15. Ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также за отказ в оказании медицинской помощи Застрахованному лицу несет медицинская организация в соответствии с законодательством Российской Федерации или страны нахождения медицинской организации.

7.16. Страховщик осуществляет проверку счетов от медицинских и иных организаций на предмет их выставления за услуги, оказанные именно Застрахованным лицам, а не третьим лицам, на предмет соответствия оказанных услуг Договорам и Программам страхования, проверяет фактическое оказание данных услуг.

7.17. При установлении в Договоре страхования франшизы часть стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Застрахованным лицом при получении (оказании) услуг

непосредственно исполнителю, который оказывает эти услуги, либо, если Страховщик оплатил полную стоимость оказанных услуг, Застрахованное лицо (или Страхователь) возмещает Страховщику расходы в объеме оплаченной франшизы в течение 30 (тридцати) дней после получения от Страховщика уведомления об оплате последним франшизы за Застрахованное лицо, если иной срок не предусмотрен договором страхования.

7.18. Если договором страхования предусмотрен лимит ответственности, размер страховой выплаты определяется с учетом положений п.4.5 настоящих Правил.

7.19. Днем осуществления страховой выплаты считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика или день выплаты наличными деньгами через кассу Страховщика.

7.20. У Страховщика не возникает обязанности по организации и оплате медицинских и иных услуг для Застрахованного лица, если данные услуги:

7.20.1. не предусмотрены Договором страхования и (или) Программой страхования в качестве подлежащих оплате со стороны Страховщика;

7.20.2. входят в Перечень услуг, обращение за которыми не является страховым случаем, если сторонами Договора страхования не согласовано иное;

7.20.3. оказаны по поводу событий, не являющихся страховыми случаями, и (или) необходимость их оказания возникла в результате событий, не являющихся страховыми случаями.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА

8.1. Права и обязанности Застрахованного лица:

8.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты;

в) отозвать своё согласие на обработку персональных данных Страховщиком посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, при этом такое заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных признается сторонами Договора заявлением Застрахованного лица о досрочном отказе от Договора страхования.

8.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать требования условий Правил страхования, если в силу закона или Договора страхования эти Правила являются обязательными для Застрахованного лица, соблюдать Договор страхования и условия Программы страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинскими организациями, инструкции, сообщенные Страховщиком или представителем Страховщика при организации оказания медицинских и иных услуг;

б) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи и иных предусмотренных Программой страхования услуг;

в) сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества (при наличии), контактной информации и места жительства, указанных в Договоре страхования (страховом полисе), иных данных, необходимых для идентификации Застрахованного лица;

г) предоставлять путем подписания в медицинских и иных организациях соответствующих разрешений и согласий Страховщику право на ознакомление с медицинской и иной документацией из любых медицинских и иных организаций, предоставлять Страховщику право на обработку в течение действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после завершения действия Договора страхования персональных данных, в том числе относящихся к специальной категории – сведений о состоянии здоровья, о фактах обращения за медицинской помощью и об оказанных медицинских услугах и выполненных медицинских вмешательствах для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг;

д) предоставлять для получения страховой выплаты имеющиеся у Застрахованного лица медицинские и иные предусмотренные Правилами документы, подтверждающие наступление страхового случая, оказание и оплату услуг, предусмотренных Программой страхования;

е) предъявить при получении медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, полис, выданный Страховщиком, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено Договором страхования;

ж) посещать заранее согласованные со Страховщиком, с медицинскими и (или) иными организациями процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости;

з) представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, в том числе сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику, при этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (полисе) или в его письменном запросе (анкете, заявлении на страхование);

и) при получении страховой документации удостоверить личной подписью факт получения указанных документов и ознакомления с условиями Договора страхования, Программой страхования;

к) при утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика;

л) в случае неявки без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской и (или) иной организацией процедуры, приемы и исследования, для выполнения вмешательств, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима, компенсировать Страховщику его расходы, возникшие в связи с этими событиями (указанные расходы должны быть компенсированы Застрахованным лицом путем внесения соответствующей суммы денежных средств в кассу Страховщика или перечисления на расчетный счет Страховщика в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с даты получения Застрахованным лицом соответствующего требования Страховщика);

м) извещать Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные Договором страхования;

н) исполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Права и обязанности Страхователя:

8.2.1. Страхователь обязан:

а) сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не могут быть известны Страховщику, при этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (полисе) или в его письменном запросе (анкете, заявлении на страхование);

б) оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, определенные Договором (полисом) страхования;

в) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

г) довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления услуг, предусмотренных Программой страхования, условия Договора страхования, условия Правил страхования, если эти Правила обязательны для Застрахованных лиц в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

д) получать от Застрахованных лиц (подписать, если Страхователь является Застрахованным лицом) и предоставлять по запросу Страховщика в течение 10 (десяти) рабочих дней или в сроки, установленные Договором страхования, подписанные Застрахованными лицами согласия на обработку указанных в Договоре (полисе) персональных данных Застрахованных лиц, в том числе специальных категорий персональных данных – сведений о фактах обращений за медицинской помощью, о состоянии здоровья, об оказанных медицинских услугах и иные сведения, полученные при обследовании и лечении Застрахованных лиц, согласия на досрочное прекращение Договора страхования в отношении соответствующих Застрахованных лиц;

е) возместить Страховщику все убытки, причиненные в результате непредставления подписанных Застрахованными лицами согласий на обработку персональных данных;

ж) исполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

8.2.2. Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) досрочно отказаться от Договора страхования на условиях, предусмотренных действующим законодательством и Договором страхования;

в) отозвать свое согласие на обработку персональных данных Страховщиком посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, при этом такое заявление об отзыве согласия на обработку персональных данных признается сторонами Договора заявлением Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования.

8.3. Права и обязанности Страховщика:

8.3.1. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, если в силу действующего законодательства Российской Федерации Правила страхования обязательны для Страхователя, ознакомить Страхователя с Программами страхования;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным лицам) документ, подтверждающий заключение договора страхования, установленной формы, соответствующей требованиям действующего законодательства Российской Федерации;

в) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами или Договором страхования путем организации и оплаты медицинских и иных услуг, оказываемых в течение действия Договора страхования Застрахованным лицам медицинскими или иными организациями в соответствии с условиями Договора страхования в пределах обусловленной в нем страховой суммы;

г) обеспечивать конфиденциальность в отношении со Страхователем (Застрахованными лицами) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации: информация о диагнозах Застрахованных лиц, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только с письменного разрешения Застрахованного лиц;

д) уничтожить персональные данные Застрахованных лиц, отозвавших свои согласия на обработку персональных данных, в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

8.3.2. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) досрочно расторгнуть Договор страхования в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размере (Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, в который должен был быть уплачен очередной страховой взнос, если Сторонами не заключено дополнительное письменное соглашение об изменении срока и порядка уплаты страховых взносов) и в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами, Договором страхования;

в) организовать Застрахованному лицу медицинскую помощь в экстренной форме с привлечением муниципальных и бюджетных учреждений здравоохранения;

г) требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии при увеличении степени страхового риска;

д) проверять сообщенную Страхователем и Застрахованным лицом информацию, в том числе путем получения от Застрахованного лица или от организаций, оказывавших услуги Застрахованному лицу, документов, подтверждающих наступление страхового случая, в том числе медицинских документов, содержащих информацию об обращении Застрахованного лица за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах, о применявшихся медицинских изделиях и лекарственных средствах;

е) потребовать признания договора недействительным и применения последствий недействительности сделки, если после заключения Договора страхования будет установлено, что

Страхователь (или Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска);

ж) по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения договора между Страховщиком и медицинской и (или) иной организацией, указанной в Договоре страхования;

з) осуществлять в целях исполнения Договора страхования обработку персональных данных Застрахованных лиц и Страхователя в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после завершения действия Договора страхования – осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных лиц и Страхователя, указанными в Договоре страхования, а также со специальными категориями персональных данных – сведениями о состоянии здоровья, о фактах обращения за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным организациям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинских и иных услуг, страховым компаниям, осуществляющим перестрахование рисков), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

8.3.3. Страховщик обязан в целях исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» применять следующий порядок информирования Страхователя об отказе в выполнении распоряжения о совершении операции:

8.3.3.1. после принятия решения об отказе в выполнении распоряжения Страхователя о совершении операции в соответствии с требованиями Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», Страховщик, в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия соответствующего решения, передает/направляет Страхователю оригинал Уведомления об отказе от проведения операции.

Уведомление об отказе от проведения операции содержит:

- дату, номер Уведомления;

- подробную информацию об операции, в отношении которой Компанией принято решение об отказе в ее проведении;

- дату принятия решения об отказе от проведения операции;

- причины принятия решения об отказе от проведения операции;

8.3.3.2. Страховщик обеспечивает беспрепятственный прием от Страхователя документов и сведений об отсутствии оснований для принятия решения об отказе в выполнении распоряжения о совершении операции;

8.3.3.3. Уведомление об отказе от проведения операции, документы и (или) сведения об отсутствии оснований для принятия решения об отказе в выполнении распоряжения о совершении операции могут быть направлены/получены следующими способами:

- посредством ФГУП «Почта России»;

- экспресс доставкой;

- очно (самим Страхователем) Страховщику, в т.ч. в филиалы Страховщика. В указанном случае следует подтвердить права лица, получающего документы;

- путем направления по электронным каналам связи (в случае, если форма договорных отношений со Страхователем) предполагает обмен электронными сообщениями).

8.4. В Договор страхования могут быть включены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

8.5. Права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации в качестве обязательных, соблюдаются вне зависимости от упоминания их в Правилах, Договоре или Программах страхования.

9. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

9.1. Споры, возникающие в процессе организации и оказания медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам, в досудебном претензионном порядке разрешает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, медицинской организации и (или) иной организации и, в случае необходимости, независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшего лица.

9.2. Соблюдение досудебного претензионного порядка является обязательным для субъектов страхования в случае возникновения споров при исполнении Договора добровольного медицинского страхования.

9.3. В случае, если разногласия не могут быть устранены путём переговоров, споры разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

9.4. В случае, если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Программы добровольного медицинского страхования устанавливают перечень оплачиваемых Страховщиком медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованным лицам в рамках договора добровольного медицинского страхования, а также перечень заболеваний, состояний и иных событий, обращение Застрахованного лица по поводу которых признается сторонами Договора страхования в качестве страховых случаев. Программы страхования могут изменяться по соглашению сторон Договора страхования и отличаться от указанных в настоящем приложении к Правилам в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ.

Список программ страхования:

- Программа страхования № 1: Амбулаторное обслуживание (кроме стоматологического)
- Программа страхования № 2: Стационарное обследование и лечение
- Программа страхования № 3: Медицинский ассистанс (страхование на случай медицинских расходов лица, временно находящегося вне постоянного места жительства)
- Программа страхования № 4: Скорая медицинская помощь
- Программа страхования № 5: Стоматологическое обслуживание
- Программа страхования № 6: Ведение беременности
- Программа страхования № 7: Родовспоможение
- Программа страхования № 8: Телемедицина
- Программа страхования № 9: Онкострахование
- Программа страхования № 10: Страхование на случай критических заболеваний
- Программа страхования № 11: Медицинская помощь при ДТП
- Программа страхования № 12: Лечение по поводу осложнений (в том числе реабилитация)
- Программа страхования № 13: Второе медицинское мнение
- Программа страхования № 14: Санаторно-курортное лечение
- Программа страхования № 15: Лекарственное обеспечение
- Программа страхования № 16: «Антиклещ» (страхование на случай присасывания клеща)
- Программа страхования № 17: «КлещOff»
- Программа страхования № 18: «Студент»
- Программа страхования № 19: «АнтиОнко»
- Программа страхования № 20: «Здоровое поколение»
- Программа страхования № 21: «ПАРИмед»
- Программа страхования № 22: «Детская»
- Программа страхования № 23: «Семья»
- Программа страхования № 24: «Семья плюс»
- Программа страхования № 25: «Экспресс-Поликлиника»

Программа страхования № 1

Амбулаторное обслуживание (кроме стоматологического)

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (кроме стоматологических) в амбулаторных условиях при наступлении страхового случая в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.

2.2. Медицинская помощь представляется в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования в соответствии с лицензиями медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов медицинских организаций или круглосуточного медицинского пульта Страховщика, если Договором страхования и Программой страхования предусмотрено обязательное согласование со Страховщиком при организации медицинской помощи.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации медицинских услуг, требующих обязательного согласования со Страховщиком, право выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, принадлежит Страховщику.

2.6. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, указанными в Договоре страхования, отдельных услуг, включенных в настоящую Программу страхования, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (оказание услуг в медицинских организациях)

3.1.1. Первичные и повторные приемы, осмотры, консультации врачами по следующим специальностям – акушерство и гинекология, аллергология и иммунология, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, инфекционные болезни, кардиология, колопроктология, лечебная физкультура, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, остеопатия, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пульмонология, ревматология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, а также по иным специальностям в соответствии с лицензиями медицинских организаций, обслуживание в которых предусмотрено договором страхования.

Дистанционные (телемедицинские) онлайн – консультации, проводимые врачами – консультантами медицинских учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляются в целях:

- Профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья застрахованного

- принятие решения о необходимости очного приема (осмотра, консультации)
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн - консультации

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности, рецептов (за исключением льготных рецептов).

3.1.2. Проведение по назначению врача и по медицинским показаниям диагностики, в том числе лабораторной диагностики, инструментальной диагностики, включая функциональные исследования, ультразвуковые исследования, рентгенологические исследования, иные визуализирующие исследования, исследования с помощью радионуклидов, эндоскопические исследования.

3.1.3. Проведение по назначению врача и по медицинским показаниям лечебных вмешательств в амбулаторных условиях.

3.1.4. Проведение медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических медицинских осмотров в целях предупреждения заболеваний.

3.2. Помощь на дому

3.2.1. Для Застрахованных лиц, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно посетить медицинскую организацию и нуждаются в постельном режиме, подлежит организации и оплате первичные и повторные осмотры врачами на дому, проведение диагностических и лечебных медицинских вмешательств на дому, в том числе с участием среднего медицинского персонала, экспертиза временной нетрудоспособности, оформление рецептов (кроме льготных), организация госпитализации при наличии медицинских показаний (без оплаты стоимости лечения в стационарных условиях и стоимости услуг скорой медицинской помощи, если иное не предусмотрено настоящей Программой страхования).

Медицинская помощь на дому оказывается в режиме работы медицинских организаций и на территории, установленной Договором страхования.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 2

Стационарное обследование и лечение

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг в рамках специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по поводу произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг в рамках специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при наступлении страхового случая в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.

2.2. Медицинская помощь представляется в объеме, указанном в разделе 3 настоящей Программы страхования и с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования в соответствии с лицензиями медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов круглосуточного медицинского пульта Страховщика.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации госпитализации и лечения в стационарных условиях право выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, принадлежит Страховщику.

2.6. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, указанными в Договоре страхования, отдельных услуг, включенных в программу, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

2.7. При отсутствии возможности госпитализировать Застрахованное лицо в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую медицинскую организацию, способную оказать соответствующую медицинскую помощь. В дальнейшем Страховщик, при отсутствии медицинских противопоказаний, осуществляет перевод Застрахованного лица в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования.

2.8. Если срок действия Договора страхования истек, а лечение (оказание медицинской помощи в неотложной и экстренной форме) Застрахованного лица в стационарных условиях по поводу заболевания, признанного страховым случаем, не завершено, Страховщик берет на себя оплату медицинских услуг по лечению в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Программа стационарного лечения предусматривает оказание следующих медицинских услуг в стационарных условиях по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации:

3.1.1. нахождение в стандартной палате и обеспечение лечебным питанием;

3.1.2. диагностические услуги, оказываемые по поводу заболевания (или состояния), послужившего причиной госпитализации: лабораторное и инструментальное обследование, включая рентгенологические методы, ультразвуковые исследования, иные визуализирующие исследования, функциональную диагностику;

3.1.3. осмотры, консультации врачей, в том числе врачей-специалистов, манипуляции и услуги, выполняемые средним и младшим медицинским персоналом;

3.1.4. размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных мероприятий, анестезиологических пособий, в том числе общей анестезии;

3.1.5. проведение консервативного лечения в объеме, необходимом в соответствии с медицинскими показаниями для лечения по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;

3.1.6. выполнение оперативных вмешательств (в том числе эндоскопических);

3.1.7. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, медицинскими газами;

3.1.8. экспертиза временной нетрудоспособности.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 3
Медицинский ассистанс
(страхование на случай медицинских расходов лица, временно находящегося
вне постоянного места жительства)

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг при нахождении Застрахованного лица вне места постоянного проживания (не ближе 50 километров от административной границы населённого пункта постоянного проживания Застрахованного лица), по поводу произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

1.2. Смерть Застрахованного лица, произошедшая во время нахождения Застрахованного лица далее, чем 50 километров от административной границы населённого пункта постоянного проживания (кроме случаев, когда смерть наступила в результате событий, указанных в разделе 4 настоящей Программы страхования).

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей Программой страхования Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу услуг, предусмотренных разделом 3 Программы страхования, в амбулаторных и стационарных условиях, в том числе скорой медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию по медицинским показаниям до ближайшей медицинской организации, способной оказать необходимую медицинскую помощь в стационарных условиях, при временном нахождении Застрахованного лица вне постоянного места жительства, а также репатриацию останков Застрахованного лица в случае его смерти до населённого пункта, в котором постоянно проживало Застрахованное лицо.

2.2. Медицинская помощь и иные услуги организуются и оплачиваются Страховщиком в объеме, предусмотренном разделом 3 и с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов круглосуточного медицинского пульта Страховщика.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации предоставления медицинских и иных услуг право выбора медицинской организации и иного исполнителя услуг принадлежит Страховщику.

2.6. В целях спасения жизни и предотвращения ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица последний может быть направлен Страховщиком в ближайшую медицинскую организацию, способную оказать соответствующую медицинскую помощь. В дальнейшем Страховщик, при отсутствии медицинских противопоказаний осуществляет перевод Застрахованного лица в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком.

2.7. Если срок действия Договора страхования истек, а лечение Застрахованного лица в стационарных условиях по поводу заболевания, признанного страховым случаем, не завершено, Страховщик берет на себя оплату медицинских услуг по лечению в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара.

2.8. В случаях, когда Застрахованное лицо согласовало со Страховщиком обращение за медицинской помощью в ближайшую медицинскую организацию с оплатой медицинских услуг за свой счёт, Страховщик возмещает понесённые Застрахованным лицом (его представителем) расходы на оплату предусмотренных настоящей Программой медицинских услуг при предоставлении Застрахованным лицом заявления о возмещении понесённых расходов, оригиналов документов, подтверждающих оплату медицинских услуг, оригинала договора с медицинской организацией, оказавшей услуги, медицинского документа, подтверждающего оказание услуг.

2.9. Страховщик рассматривает предоставленные для возмещения понесённых Застрахованным лицом (его представителем) расходов документы в течение 30 (Тридцать) календарных дней после

получения, после чего либо сообщает Застрахованному лицу о невозможности выполнить возмещение с указанием причин, либо выполняет страховую выплату путём возмещения заявленных расходов Застрахованного лица (его представителя).

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Услуги, предоставляемые в амбулаторных условиях в медицинских организациях:

- первичные и повторные осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- лабораторная диагностика: общий (клинические) анализ крови, общий (клинические) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический;
- инструментальная диагностика: электрокардиография, ультразвуковое исследование мягких тканей, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, эхокардиография, дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен), триплексное сканирование вен; рентгенография костей и мягких тканей;
- проведение по назначению врача и по медицинским показаниям лечебных вмешательств в амбулаторных условиях в следующем объёме: местная анестезия; выполняемые под местной оперативные вмешательства по поводу гнойно-септических заболеваний, вмешательства по поводу переломов, вывихов, иммобилизация, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции и инфузии с целью купирования острого состояния, серопрфилактика столбняка при травмах, антирабическая вакцинация при наличии медицинских показаний;
- услуги по стоматологии: осмотр стоматологом-терапевтом, осмотр стоматологом-хирургом, вскрытие полости зуба при остром пульпите, остром периодонтите, обострении пульпита, обострении периодонтита, наложение лекарственной пломбы, удаление зуба при переломе зуба, удаление зуба с целью дренирования гнойных скоплений, устранение острых отломков зуба, вскрытие гнойных скоплений, выполнение послабляющих разрезов, наложение швов;
- экспертиза временной нетрудоспособности.

3.2. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку пациента в целях спасения его жизни и сохранения его здоровья в медицинскую организацию, способную оказать необходимую медицинскую помощь.

Программа организации скорой медицинской помощи включает:

- выезд бригады скорой медицинской помощи;
- купирование экстренных и неотложных состояний – выполнение необходимых лечебных и диагностических мероприятий;
- эвакуацию автомобилем скорой медицинской помощи по экстренным и неотложным показаниям до медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в экстренной и неотложной форме.

Если отсутствует возможность госпитализации в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком, Застрахованное лицо направляется в любую медицинскую организацию, способную оказать необходимую медицинскую помощь, с последующим переводом в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком.

По жизненным показаниям и для устранения угрозы ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица, а также в случаях отсутствия по месту нахождения Застрахованного лица медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках добровольного медицинского страхования и имеющих договорные отношения со Страховщиком, скорая медицинская помощь может быть организована с привлечением государственных и муниципальных медицинских организаций.

3.3. Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях

3.3.1. Программа стационарного лечения предусматривает оказание следующих медицинских услуг в стационарных условиях по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации:

3.3.1.1. нахождение в стандартной палате и обеспечение лечебным питанием в отделениях по следующим специальностям: гинекология, гастроэнтерология, гематология, инфекционные болезни, кардиология, неврология, нейрохирургия, офтальмология, пульмонология, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, торакальная хирургия, травматология, урология, хирургия, хирургия абдоминальная, челюстно-лицевая хирургия;

3.3.1.2. диагностические услуги, оказываемые по поводу заболевания (или состояния), послужившего причиной госпитализации: лабораторное и инструментальное обследование, включая рентгенологические методы, в том числе ангиографию, проводимую по жизненным показаниям, магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования, функциональную диагностику;

3.3.1.3. осмотры, консультации врачей, в том числе врачей-специалистов;

3.3.1.4. размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных мероприятий, анестезиологических пособий, в том числе общей анестезии;

3.3.1.5. проведение консервативного лечения в объеме, необходимом в соответствии с медицинскими показаниями для лечения по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;

3.3.1.6. выполнение оперативных вмешательств (в том числе лапароскопических) по следующим специальностям и в следующем объеме:

а) сердечно-сосудистая хирургия: коронарография и стентирование коронарных артерий по жизненным показаниям, операции на сосудах конечностей;

б) нейрохирургия: операции по поводу травм, произошедших в течение действия страхования;

в) оториноларингология: операции по поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний, произошедших в течение действия страхования;

г) урология: операции по поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний, произошедших в течение действия страхования;

д) гинекология: операции по поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний, произошедших в течение действия страхования, прерывание беременности при невозможности ее сохранения по медицинским показаниям, в том числе при внематочной беременности;

е) офтальмология: операции по поводу острых заболеваний, в том числе травм, обострений хронических заболеваний, произошедших в течение действия страхования;

ж) челюстно-лицевая хирургия: операции по поводу острых заболеваний, в том числе травм, обострений хронических заболеваний, произошедших в течение действия страхования;

з) травматология: операции по поводу травм, произошедших в течение действия страхования;

и) торакальная хирургия: операции по поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний, произошедших в течение действия страхования;

к) хирургия, абдоминальная хирургия: операции по поводу острых заболеваний и обострений хронических заболеваний, произошедших в течение действия страхования;

л) оперативные вмешательства по другим медицинским специальностям при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной и неотложной формах в соответствии с настоящей Программой страхования.

3.3.1.7. экстракорпоральное воздействие на кровь в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии при лечении по поводу заболеваний, состояний, угрожающих жизни;

3.3.1.8. гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация при оказании медицинской помощи в экстренной форме при развитии заболеваний, состояний, угрожающих жизни;

3.3.1.9. физиотерапия: воздействие электромагнитным излучением, светолечение, в том числе ультрафиолетовое облучение (кроме облучения крови), лечение, основанное на тепловых эффектах, аэрозольтерапия, магнито- и лазеротерапия (кроме внутривенной лазеротерапии) по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;

3.3.1.10. лечебная физкультура (групповые занятия) в комплексном лечении по поводу заболевания, послужившего причиной обращения;

3.3.1.11. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, медицинскими газами;

3.3.1.12. экспертиза временной нетрудоспособности.

3.4. Медицинская эвакуация к месту постоянного проживания

3.4.1. Страховщик организует и оплачивает медицинскую эвакуацию Застрахованного лица в населенный пункт постоянного проживания Застрахованного лица в случаях, когда Застрахованное

лицо не смогло (не сможет) вернуться в населённый пункт постоянного проживания запланированным способом по причине наступления страхового случая.

При этом Страховщик организует и оплачивает:

а) покупку билетов эконом-класса на авиарейс и (или) наземный транспорт, а также для дополнительного размещения Застрахованного лица в транспортных средствах при наличии показаний;

б) медицинское сопровождение во время возвращения Застрахованного лица;

в) иные медико-транспортные услуги, связанные с лечением Застрахованного лица.

3.4.2. Медицинская эвакуация считается выполненной после доставки Застрахованного лица в аэропорт или железнодорожный вокзал (на железнодорожную станцию) или автовокзал или в медицинскую организацию в населенном пункте постоянного проживания Застрахованного лица.

3.5. Репатриация останков

3.5.1. В случае смерти Застрахованного лица во время поездки далее, чем 50 километров от административной границы населённого пункта постоянного проживания Застрахованного лица (кроме случаев, когда смерть наступила в результате событий, указанных в разделе 4 настоящей Программы страхования), Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

а) сбор, оформление документов, необходимых для транспортировки останков;

б) подготовку останков к транспортировке, включая гроб минимально необходимого для транспортировки уровня;

в) транспортировку останков до морга в населённом пункте, в котором постоянно проживало Застрахованное лицо.

3.5.2. Выбор способа транспортировки останков и исполнителей услуг при репатриации останков осуществляет Страховщик.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 4 Скорая медицинская помощь

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных разделом 3 Программы страхования, при наступлении страхового случая.

2.2. Медицинская помощь организуется с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов круглосуточного медицинского пульта Страховщика.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации предоставления медицинских и иных услуг право выбора медицинской организации и иного исполнителя услуг принадлежит Страховщику.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Скорая медицинская помощь.

3.1.1. Скорая медицинская помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

3.1.2. Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме.

3.1.3. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку пациента в целях спасения его жизни и сохранения его здоровья в медицинскую организацию, способную оказать необходимую медицинскую помощь.

Программа организации скорой медицинской помощи включает:

выезд бригады скорой медицинской помощи в пределах территории, установленной договором страхования;

купирование экстренных и неотложных состояний – выполнение необходимых лечебных и диагностических мероприятий;

эвакуация автомобилем скорой медицинской помощи по экстренным и неотложным показаниям до медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в экстренной и неотложной форме.

3.1.4. По жизненным показаниям и для устранения угрозы ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица, а также в случаях отсутствия по месту нахождения Застрахованного лица медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках добровольного медицинского страхования и имеющих договорные отношения со Страховщиком, скорая медицинская помощь может быть организована с привлечением государственных и муниципальных медицинских организаций.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 5 Стоматологическое обслуживание

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг по стоматологии в амбулаторных условиях при наступлении страхового случая в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.

2.2. Медицинская помощь представляется в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования в соответствии с лицензиями медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов медицинских организаций или круглосуточного медицинского пульта Страховщика, если Договором страхования и Программой страхования предусмотрено обязательное согласование со Страховщиком при организации медицинской помощи.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации медицинских услуг, требующих обязательного согласования со Страховщиком, право выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, принадлежит Страховщику.

2.6. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, указанными в Договоре страхования, отдельных услуг, включенных в Программу страхования, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Услуги по стоматологии

3.1.1. Программа страхования предусматривает выполнение следующих услуг:

а) приёмы врачей: первичный и повторные приемы врача-стоматолога терапевта, врача-стоматолога хирурга, а также стоматолога-ортопеда при травме зубов и челюстей;

б) диагностические вмешательства, включая рентгенодиагностику стоматологических заболеваний, функциональную диагностику;

в) анестезия (обезболивание): местная анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая);

г) терапевтическое и хирургическое лечение;

д) стоматология ортопедическая: подготовка к протезированию и протезирование зубов, если потребность в этом возникла в результате произошедшей в период страхования травмы челюстно-лицевой области (протезирование выполняется без применения драгметаллов, титана, металлокерамики и имплантатов);

в) физиотерапевтическое лечение при осложнениях после удаления зуба: светолечение, теплотечение.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 6 Ведение беременности

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу беременности (кроме услуг, оказываемых с целью родовспоможения).

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг при наступлении страхового случая в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.

2.2. Медицинская помощь представляется в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования в соответствии с лицензиями медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов круглосуточного медицинского пульта Страховщика.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации медицинской помощи право выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, принадлежит Страховщику.

2.6. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, указанными в Договоре страхования, отдельных услуг, включенных в Программу страхования, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. На протяжении действия Договора беременной женщине гарантировано оказание следующих медицинских услуг и работ по медицинским показаниям:

3.1.1. проведение консультаций врача акушера-гинеколога, консультаций иных врачей, включая врачей-специалистов;

3.1.2. проведение диагностических и лечебных медицинских вмешательств в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, необходимость которых обусловлена медицинскими показаниями и нормативными правовыми актами, устанавливающими порядки и стандарты оказания медицинской помощи при ведении беременности до момента госпитализации с целью родовспоможения.

3.2. Родовспоможение и иные услуги, связанные с диагностикой и лечением при родовспоможении, не входят в перечень медицинских вмешательств, подлежащих оплате в рамках настоящей Программы страхования.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 7

Родовспоможение

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг с целью родовспоможения.

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг при наступлении страхового случая в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.

2.2. Медицинская помощь представляется в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования в соответствии с лицензиями медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов круглосуточного медицинского пульта Страховщика.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации медицинской помощи право выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, принадлежит Страховщику.

2.6. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, указанными в Договоре страхования, отдельных услуг, включенных в Программу страхования, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. На протяжении действия Договора беременной женщине гарантировано оказание следующих медицинских услуг и работ по медицинским показаниям:

3.1.1. госпитализация и нахождение в стационаре для оказания специализированной медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах с целью родовспоможения;

3.1.2. проведение консультаций врача акушера-гинеколога, консультаций иных врачей, включая врачей-специалистов;

3.1.3. проведение диагностических и лечебных медицинских вмешательств, необходимость которых обусловлена медицинскими показаниями и нормативными правовыми актами, устанавливающими порядок и стандарты оказания медицинской помощи при ведении родов, в том числе родовспоможение при физиологических родах, при родах путем проведения кесарева сечения, при осложнённых родах.

3.2. Услуги, оказываемые до госпитализации беременной женщины с целью родовспоможения, не входят в перечень медицинских вмешательств, подлежащих оплате в рамках настоящей Программы страхования.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 3 настоящей Программы страхования, приоритет имеет положение раздела 3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 8

Телемедицина

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. Страховой случай – обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в сервисную компанию, указанную в Договоре страхования, для получения в течение срока страхования предусмотренных настоящей Программой страхования услуг при развитии в течение срока страхования острых заболеваний, обострении хронических заболеваний и иных состояний.

1.2. Сервис – программно-аппаратный комплекс, включающий информационную систему, который позволяет оказывать телемедицинские консультации через сеть Интернет, в том числе с применением мобильного приложения.

1.3. Сайт – сайт в сети Интернет, расположенный по адресу, указанному в договоре страхования, используемый для предоставления услуг, предусмотренных настоящей Программой.

1.4. Услуги – медицинские и иные услуги, оказываемые с применением телемедицинских технологий дистанционно Застрахованным лицам, в том числе устные и (или) письменные консультации, предоставляемые врачом Застрахованному лицу в режиме реального времени с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами через Сервис и/или электронную почту и/или иными средствами с использованием сети Интернет.

1.5. Личный кабинет пользователя (Личный кабинет) – персональный раздел, предназначенный для пользователя (Застрахованного лица), в котором осуществляется регистрация, идентификация пользователя, через который пользователь запрашивает оказание Услуг, обменивается с оказывающей Услуги медицинской организацией документами и сообщениями.

2. Порядок предоставления услуг

2.1. Услуги оказываются в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений разделов 4 и 5 настоящей Программы страхования.

2.2. Информация о медицинских организациях и врачах, оказывающих Услуги, их профессиональном образовании, квалификации размещена на Сайте.

2.3. Застрахованному лицу предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного лица дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.4. Застрахованное лицо до или во время оказания Услуги предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному лицу диагнозах, перенесенных Застрахованным лицом заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса через Личный кабинет.

2.5. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию, при этом такие рекомендации не являются основанием для оплаты Страховщиком рекомендованных услуг.

2.6. Застрахованное лицо, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, обязано пройти процесс предварительной регистрации в Сервисе на Сайте (или через мобильное приложение, установить которое возможно с Сайта для мобильных устройств, работающих на IOS и Android). При регистрации Застрахованное лицо обязано дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и

исполнителям медицинских услуг, а также добровольные информированные согласие на медицинские вмешательства, необходимое для оказания Услуг.

2.7. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного лица: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера с разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильных приложений:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия;
- или любой мобильный телефон, если пользователь будет обращаться для оказания услуг не через сеть Интернет.

Застрахованное лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения. Администратор Сервиса, Страховщик и медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом Услуг, возникшую из-за оборудования либо программного обеспечения, установленного на устройствах Застрахованного лица.

2.8. После регистрации на Сайте Застрахованное лицо получает доступ в Личный кабинет, в котором возможна активация Договора страхования (полиса).

2.9. Для получения предусмотренных программой Услуг необходимо запросить через Сервис консультацию врача.

2.10. По итогам консультации врач направляет заключение Застрахованному лицу через Сервис в Личный кабинет.

2.11. При необходимости связаться с дежурным врачом с использованием мобильного телефона при невозможности подключиться к сети Интернет Застрахованному лицу необходимо выполнить следующие действия:

- предварительно зарегистрироваться на Сайте;
- позвонить по телефону, указанному в договоре страхования, для переключения на дежурного врача.

2.12. Предоставление услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным лицом.

2.13. Перечень медицинских и иных Услуг, предоставляемых за счет страховой компании в рамках выполнения страховой выплаты Застрахованному лицу, устанавливается в соответствии с разделом 3 настоящей Программы страхования.

2.4. При возникновении вопросов относительно использования сервиса, необходимо обратиться по телефону технической поддержки указанному в Договоре и (или) в Программе страхования.

2.5. Порядок предоставления услуг может быть изменен в Договоре и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

3. Услуги, предоставляемые в рамках Программы страхования

3.1. При наступлении страхового случая Страховщик в течение действия Договора страхования организует и оплачивает следующие медицинские услуги:

3.1.1. первичные и повторные консультации врача-специалиста (в т.ч. узкого специалиста), выполняемые удаленно круглосуточно семь дней в неделю после «звонка», записи по расписанию, записи в соответствии с графиком работы врача-специалиста (в т.ч. узкого специалиста) и/или

получения заявки через Сервис и/или электронную почту – без ограничений по числу обращений в течение действия договора страхования;

Услуги в форме неотложной срочной консультации дежурным врачом могут быть оказаны Застрахованному лицу круглосуточно семь дней в неделю в течении срока действия договора страхования.

3.1.2. консультативные услуги по подбору аналога (в рамках МНН), назначенного врачом фармацевтического препарата;

3.1.3. консультация по наличию назначенного врачом препарата в аптеках на территории действия полиса;

3.1.4. подбор/рекомендация медицинского учреждения для прохождения очных приемов врачей, медицинских манипуляций и т.д.

3.1.5. второе медицинское мнение – экспертное заключение врача-специалиста, составляемое по результатам изучения предоставленных Застрахованным лицом медицинских документов, и отражающее мнение врача о правильности диагностики, о правильности проведенного или рекомендуемого лечения Застрахованного лица, информацию о возможных вариантах диагностики и (или) лечения, о необходимых медицинских вмешательствах для диагностики и (или) лечения заболевания.

3.2. Договором могут быть предусмотрены конкретные врачебные специальности для обращения и (или) количество (лимит) обращений к врачу (консультаций врача).

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Страховым случаем не является, и страховая выплата в виде организации и оплаты предусмотренных Договором страхования и настоящей Программой страхования услуг не производится в случаях, когда:

4.1.1. Застрахованное лицо обратилось для организации и оплаты услуг, предусмотренных Программой страхования, до начала действия страхования или после окончания действия страхования;

4.1.2. Застрахованное лицо обратилось для организации и оплаты услуг, предусмотренных Программой страхования, сверх количества (лимита) консультаций, если количество (лимит) консультаций указан в Программе страхования.

4.2. В рамках исполнения Договора страхования по настоящей Программе страхования не подлежат оплате:

4.2.1. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой страхования;

4.2.2. услуги, кроме прямо предусмотренных Программой страхования:

- оказываемые в амбулаторных условиях в медицинских организациях;

- вызовы врача на дом;

- оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях;

4.2.3. услуги по инструментальной и лабораторной диагностике;

4.2.4. услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

4.2.5. услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

4.3. Перечень исключений из Программы страхования (п.4 настоящей Программы) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

5. Особые условия

5.1. Страховщик не несет ответственность:

5.1.1. в случаях невозможности исполнить Договор страхования или оказать предусмотренные Программой услуги, когда Застрахованным лицом не предоставлены сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, своевременно не предоставлены дополнительные документы, которые необходимы врачу для подготовки обоснованного заключения (в таких случаях заключения предоставляются только по результатам фактически предоставленных документов и информации);

5.1.2. за медицинское содержание заключения врачей, данные ими рекомендации;

5.1.3. за наличие или отсутствие у Застрахованного лица технической возможности для обращения через Сервис с целью получения Услуг, предусмотренных настоящей Программой.

5.2. Страхование и оказание услуг не может осуществляться:

5.2.1. если Застрахованным лицом не подписаны разрешения на обработку персональных данных и добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства в случаях, когда подписание этих документов является обязательным в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Дополнительный перечень исключений из Программы страхования

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.3. Если какое-либо положение раздела 6 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования, приоритет имеет положение разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 9 Онкострахование

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. Страховым случаем по настоящей Программе страхования признается обращение Застрахованного лица в течение срока страхования к Страховщику для организации предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг в случае постановки в течение срока страхования и впервые в жизни Застрахованного лица диагноза «злокачественное новообразование», кроме новообразований, перечисленных в пункте 6.2.2 настоящей Программы страхования.

1.2. В целях исполнения настоящей Программы страхования применяются следующие термины и определения:

1.2.1. **Застрахованное лицо** – лицо, названное в качестве застрахованного в Договоре страхования, при этом застрахованным по настоящей Программе может быть гражданин Российской Федерации или проживающий в Российской Федерации на основании вида на жительство или разрешения на временное проживание иностранный гражданин или лицо без гражданства в возрасте до 65 лет включительно.

1.2.2. **Злокачественное новообразование** – заболевание, входящее в рубрику «Злокачественные новообразования» (C00-C97) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10). Диагноз должен быть установлен в течение действия страхования по настоящей Программе, подтвержден врачом-онкологом, зафиксирован в медицинской документации;

1.2.3. **Рак in situ (новообразование in situ)** – форма злокачественного новообразования без инвазивного (инфильтрирующего) роста, входящая в рубрику «Новообразования in situ» (D00-D09) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10): рост опухоли происходит в пределах эпителиального пласта, без перехода в подлежащую ткань.

2. Территория действия страхования, выбор медицинской организации

2.1. Территория действия страхования – Российская Федерация, если Договором не предусмотрено иное.

2.2. Территория оказания услуг – Российская Федерация, если Договором не предусмотрено иное.

2.3. Выбор медицинской организации, оказывающей услуги в рамках настоящей Программы, осуществляет Страховщик. Застрахованное лицо обязано следовать указаниям Страховщика при выборе медицинской организации.

3. Объем медицинской помощи, подлежащей организации и оплате Страховщиком при наступлении страхового случая

3.1. Лечение, проводимое по поводу злокачественных новообразований, кроме перечисленных в пункте 5.2.2 настоящей Программы страхования – медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, в следующем объеме:

3.1.1. осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;

3.1.2. пребывание в стационаре, в дневном стационаре, диагностические медицинские вмешательства, выполняемые при подготовке к лечению или во время лечения с целью проверки диагноза, при подготовке к медицинским вмешательствам, с целью оценки динамики состояния и результатов лечения, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;

3.1.3. лечебные медицинские вмешательства, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, трансплантацию костного мозга, иные научно обоснованные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации методы лечения (медицинские вмешательства);

3.1.4. имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения по поводу рака молочной железы (включая стоимость имплантатов);

3.1.5. лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

4. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая

4.1. Застрахованное лицо обязано известить Страховщика и (или) уполномоченное Страховщиком лицо не позднее чем в течение 30 (Тридцать) дней со дня, когда Застрахованное лицо узнало или должно было узнать о наступлении события, признаваемого страховым случаем в соответствии с настоящей Программой, позвонив по указанному в Договоре страхования телефону медицинского пульта Страховщика.

4.2. Застрахованное лицо обязано сообщить сведения, необходимые для его идентификации, а также для обратной связи – фамилию, имя, отчество, номер контактного телефона и, если имеется, адрес электронной почты, а также Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы (и запрошенные биологические материалы) для установления факта постановки предусмотренного настоящей Программой диагноза, назначения предусмотренного настоящей Программой лечения.

4.3. Перечень документов и материалов, которые Застрахованное лицо обязано предоставить при обращении с сообщением о страховом случае:

4.3.1. заявление (Анкета) о наступлении страхового случая (копия подписанного заявления (Анкеты) по форме, предоставленной Страховщиком);

4.3.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (простая копия);

4.3.3. справка и (или) выписка из амбулаторной карты (из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора (полиса) страхования по настоящей Программе заболеваниях за последние 10 (Десять) лет (если Договором не предусмотрен иной срок) – информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия);

4.3.4. справка медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), с диагнозом, назначением лечения, результатами обследования, проведенного лечения (заверенная копия);

4.3.5. справка от онколога по месту жительства, содержащая информацию о том, когда Застрахованный был взят на диспансерный учет и по какому онкологическому заболеванию (заверенная копия);

4.3.6. если в процессе лечения или проведения каких-либо медицинских вмешательств был поставлен предварительный онкологический диагноз, то предоставляется выписка из медицинского документа (справка) из соответствующей медицинской организации (заверенная копия);

4.3.7. протоколы, заключения гистологических, цитологических, иммуногистохимических исследований, если были показания, рекомендации, а также техническая возможность их провести (заверенные копии);

4.3.8. результат анализа крови на гепатиты В и С, ВИЧ или выписка из медицинского документа, содержащая информацию об этих результатах (заверенная копия);

4.3.9. протоколы проведенных медицинских вмешательств, осмотров (консультаций) по результатам которых был заподозрен и установлен предусмотренный настоящей Программой диагноз или в результате которых была выявлена необходимость в предусмотренном настоящей Программой лечении – протоколы, описание, результаты визуализирующих исследований, включая, но не ограничиваясь, протоколы ультразвуковых исследований, фиброэзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, иных эндоскопических исследований (вмешательств), компьютерной томографии, магниторезонансной томографии (заверенная копия);

4.3.10. по требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предоставить биологические материалы, полученные при биопсиях, иных вмешательствах, на основании исследований которых был поставлен диагноз «злокачественное новообразование», для повторного исследования в рамках подготовки к оказанию предусмотренных настоящей Программой услуг.

4.4. Требования, предъявляемые к документам, предоставляемым Страховщику Застрахованным лицом:

4.4.1. диагноз должен быть установлен врачом в период действия страхования по Программе, подтвержден в соответствии с действующими стандартами и протоколами (днём постановки диагноза считается день, указанные в заключении по результатам гистологического и (или) иммуногистохимического исследования биологического материала);

4.4.2. документы, содержащие медицинскую информацию, предъявляемые Застрахованными лицами, должны быть надлежащим образом заверены медицинскими организациями, их выдавшими, а присылаемые копии должны быть заверены Застрахованным лицом (Застрахованное лицо обязано заверить своей подписью копии документов на бумажных носителях);

4.4.3. медицинский документ должен содержать все необходимые реквизиты и данные, предусмотренные соответствующими нормативными правовыми актами, при этом на всех медицинских документах должны быть указаны фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного, а именно:

- на электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах, изображениях, явившихся результатом машинной обработки информации, фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного должны составлять единое целое с документом, изображением без возможности их изменения;

- на всех документах фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного лица должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.

4.5. По требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предъявить оригиналы документов, указанных в пункте 4.3. настоящей Программы, представителю Страховщика, исполнителям медицинских услуг в рамках настоящей Программы, или доставить оригиналы этих документов в офис Страховщика.

4.6. После получения полного пакета документов (и биологических материалов, если последние затребованы Страховщиком), указанных в пункте 4.3 настоящей Программы, Страховщик проводит проверку предоставленного Застрахованным лицом документов в течение 5 (Пять) рабочих дней, после чего сообщает решение о признании или невозможности признания заявленного Застрахованным лицом события страховым случаем.

4.7. В случае, если документы (биологические материалы, если последние затребованы Страховщиком), указанные в пункте 4.3 настоящей Программы, предоставлены не в полном объеме или в недостаточном для подтверждения факта постановки предусмотренного настоящей Программой диагноза качестве, Страховщик вправе мотивированно запросить у Застрахованного лица повторно эти документы, о чем извещает Застрахованное лицо в течение 10 (Десяти) рабочих дней (если Договором не предусмотрен иной срок) после получения рассматриваемых документов, сообщая, какие дополнительные сведения и документы или их части необходимы.

4.8. При организации и оказании предусмотренных настоящей Программой услуг право выбора медицинской организации принадлежит Страховщику. Организация и оказание услуг в иных организациях не подлежат оплате со стороны Страховщика, если Страховщиком не согласовано иное.

4.9. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, в которые Застрахованное лицо было направлено Страховщиком, каких-либо предусмотренных настоящей Программой услуг, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

4.10. Застрахованное лицо обязано соблюдать внутренний распорядок и режим работы медицинских и иных организаций, в которые оно направляется Страховщиком для получения услуг.

4.11. При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность представителям медицинских и иных оказывающих услуги организаций.

4.12. Если сообщение о страховом случае было заявлено Страховщику в течение срока действия страхования, то Страховщик оплачивает лечение, проводимое в течение не более 1 года (если Договором не предусмотрен иной срок) после окончания срока действия Договора страхования, если Договором не предусмотрено иное.

5. Исключения из страхового покрытия

5.1. В рамках страхования по настоящей Программе не подлежат оплате следующие услуги, материалы, лекарственные препараты:

5.1.1. услуги, оказанные по поводу заболеваний, не являющихся злокачественными новообразованиями, и услугами, необходимыми для подготовки и выполнения предусмотренного настоящей Программой лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

5.1.2. услуги, оказанные вне сроков действия Договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей Программой;

5.1.3. услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях;

5.1.4. услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой, в том числе услуги, направленные на первичную диагностику, обследование, скрининг с целью выявления заболеваний, лечение по поводу которых предусмотрены настоящей Программой;

5.1.5. медицинские и иные услуги, выполняемые в эстетических и (или) косметических целях (кроме операций по реконструкции молочной железы после резекции и (или) удаления молочной железы по поводу злокачественного новообразования);

5.1.6. медицинские и иные услуги, оказываемые в связи с любыми формами злокачественных новообразований на фоне носительства вирусов иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатита В и (или) С;

5.1.7. услуги, оказываемые по поводу заболеваний, связанных прямой причинно-следственной связью с приемом алкоголя, наркотических веществ и токсических веществ с целью опьянения, а также по поводу травм, полученных в состоянии алкогольного, наркотического и (или) токсического опьянения;

5.1.8. услуги по медицинской эвакуации, транспортировке, проезду Застрахованного лица до места лечения, услуги по предоставлению проживания в гостиницах, услуги, не относящиеся к медицинским, в том числе ритуальные услуги, транспортировка тел (останков), услуги, относящиеся к экспериментальным методам лечения;

5.1.9. услуги по осуществлению ухода на дому, услуги по лечению, выполняемому в хосписах;

5.1.10. услуги, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения для лечения заболеваний или применения медицинских вмешательств, покрываемых настоящей Программой, услуги, не назначенные лечащим врачом;

5.1.11. услуги, оказанные не на территории действия Договора страхования по настоящей Программе;

5.1.12. покупка (оплата стоимости) и доставка протезов, средств ухода, ортопедических аппаратов (изделий), корсетов, бандажей, костылей, париков (даже если их использование необходимо в ходе проведения химиотерапевтического лечения), ортопедической обуви, кроме случаев оплаты стоимости протезов молочных желез;

5.1.13. покупка (оплата стоимости) или аренда инвалидных кресел, специальных кроватей, устройств для кондиционирования воздуха, очищения воздуха или любого другого аналогичного оборудования, оплата телефонной связи, оплата за доступ и трафик в сети Интернет;

5.1.14. покупка (оплата стоимости) лекарственных препаратов для применения в амбулаторных условиях.

5.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем (исключения из Программы страхования):

5.2.1. Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг при обращении Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг в следующих случаях:

а) при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой, и (или) которые возникли до вступления страхования в силу, до вступления Договора страхования в силу, или после расторжения Договора страхования, после истечения срока действия Договора страхования, а также при отсутствии окончательного подтверждения диагноза злокачественное новообразование со стороны врача-онколога;

б) по поводу событий, произошедших с лицом, не являющимся Застрахованным, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования (полиса) другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;

в) в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

г) в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусов гепатитов В и (или) С;

д) в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолетовое излучение, с микроволновым излучением, в связи с иными профессиональными заболеваниями;

е) в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;

ж) в связи с заболеваниями, связанными с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию Российской Федерации;

з) в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, обуславливавшими документально зафиксированные симптомы и (или) диагностированными до даты начала действия страхования, в том числе когда лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования или вступления Договора страхования в силу, до вступления страхования в силу.

5.2.2. Не включены в Программу расходы, не подлежат организации Страховщиком и оплате Страховщиком медицинские и иные услуги, связанные с лечением по поводу следующих заболеваний:

а) рак in situ (новообразования in situ);

б) предраковые заболевания и состояния, включая дисплазии любой степени (любой выраженности) или гистологически описанные как предраковые состояния;

в) все гиперкератозы;

г) все злокачественные новообразования кожи, лимфома кожи;

д) любые опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;

е) рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1б) по классификации TNM.

5.3. Перечень исключений из страхового покрытия (п.5 настоящей Программы) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

6. Дополнительный перечень исключений из Программы страхования

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.3. Если какое-либо положение раздела 6 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования, приоритет имеет положение разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 10 Страхование на случай критических заболеваний

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. Страховым случаем по настоящей Программе страхования признается обращение Застрахованного лица в течение срока страхования к Страховщику для организации медицинских и иных предусмотренных настоящей Программой страхования услуг в следующих случаях:

1.1.1. постановка Застрахованному лицу в течение срока страхования диагноза злокачественного новообразования, которое впервые диагностировано в жизни Застрахованного лица и (или) о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;

1.1.2. постановка диагноза и назначение Застрахованному лицу в течение срока страхования лечения злокачественного новообразования, которое впервые диагностировано в жизни Застрахованного лица и (или) о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;

1.1.3. постановка диагноза и назначение Застрахованному лицу в течение срока страхования лечения в объеме нейрохирургической операции по причине заболевания, которое впервые диагностировано в жизни Застрахованного лица и (или) о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;

1.1.4. постановка диагноза и назначение Застрахованному лицу в течение срока страхования лечения в объеме кардиохирургической операции по причине заболевания, которое впервые диагностировано в жизни Застрахованного лица и (или) о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;

1.1.5. назначение Застрахованному лицу в течение действия страхования лечения в объеме трансплантации костного мозга (аутогенной или аллогенной) по причине заболевания, возникшего в течение действия страхования.

1.2. В целях исполнения настоящей Программы страхования применяются следующие термины и определения:

1.2.1. **Застрахованное лицо** – лицо, названное в качестве застрахованного в Договоре страхования, при этом застрахованным по настоящей Программе может быть гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин или лицо без гражданства в возрасте до **80 лет** включительно.

1.2.2. **Злокачественное новообразование** – заболевание, входящее в рубрику «Злокачественные новообразования» (C00-C97) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10). Диагноз должен быть установлен в течение действия страхования по настоящей Программе, подтвержден врачом-онкологом, зафиксирован в медицинской документации;

1.2.3. **Рак in situ** (новообразование in situ) – форма злокачественного новообразования без инвазивного (инфильтрирующего) роста, входящая в рубрику «Новообразования in situ» (D00-D48) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10). Диагноз должен быть установлен в течение действия страхования по настоящей Программе, подтвержден врачом-онкологом, зафиксирован в медицинской документации;

1.2.6. **Кардиохирургия/Кардиохирургическая операция** - операции, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путем обхода участка уменьшения (блокировки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью шунтирующих шунтов (шунтов); замена или лечение одного или нескольких клапанов сердца; ангиопластика, стентирование, хирургическое лечение нарушений ритма сердца в соответствии с врачебной рекомендацией кардиолога. Диагноз должен быть установлен в течение действия страхования по настоящей Программе и подтверждается результатами, полученными с помощью визуализации.

1.2.7. **Нейрохирургия / Нейрохирургическая операция** - любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на мозге или других внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного

мозга и его оболочек. Диагноз, послуживший причиной операции, должен быть установлен впервые во время периода непрерывного страхования.

2. Территория действия страхования, выбор медицинской организации

2.1. Территория действия страхования – Весь мир , если Договором не предусмотрено иное.

2.2. Территория оказания услуг – Весь мир, если Договором не предусмотрено иное.

2.3. Выбор медицинской организации, оказывающей услуги в рамках настоящей Программы, осуществляет Страховщик. Застрахованное лицо обязано следовать указаниям Страховщика при выборе медицинской организации.

3. Объем медицинской помощи, подлежащей организации и оплате Страховщиком при наступлении страхового случая

3.1. Лечение, проводимое по поводу злокачественных новообразований – медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, в следующем объеме:

3.1.1. осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;

3.1.2. пребывание в стационаре, в дневном стационаре, диагностические медицинские вмешательства, выполняемые при подготовке к лечению или во время лечения с целью проверки диагноза, при подготовке к медицинским вмешательствам, с целью оценки динамики состояния и результатов лечения, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;

3.1.3. лечебные медицинские вмешательства, включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, трансплантацию костного мозга, иные научно обоснованные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации методы лечения (медицинские вмешательства);

3.1.4. имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения по поводу рака молочной железы (включая стоимость имплантатов);

3.1.5. лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3.2. Лечение при назначении нейрохирургической операции, кардиохирургической операции, в следующем объеме:

- медицинская помощь в амбулаторных условиях – обследование, необходимое для госпитализации Застрахованного лица;

- специализированная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях, в том числе осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами, пребывание в стационаре, диагностические медицинские вмешательства, выполняемые при подготовке к лечению или во время лечения с целью проверки диагноза, при подготовке к медицинским вмешательствам, с целью оценки динамики состояния и результатов лечения, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика, нейрохирургические операции, кардиохирургические операции, включая анестезиологическое пособие, лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях.

3.3. Лечение при трансплантации костного мозга (аутогенной или аллогенной)

3.3.1. специализированная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях Застрахованному лицу (реципиенту) и донору:

3.3.2. осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;

3.3.3. пребывание Застрахованного лица (реципиента) и донора в стационаре, в дневном стационаре, диагностические медицинские вмешательства, выполняемые при подготовке к лечению или во время лечения с целью проверки диагноза, при подготовке к медицинским вмешательствам, в том числе подготовка (обследование) донора в амбулаторных условиях и стационарных условиях, в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;

3.3.4. операция по трансплантации костного мозга, включая необходимые анестезиологические пособия, медикаментозное обеспечение, лечение Застрахованного лица (реципиента) и донора, необходимое в послеоперационном периоде до выписки из стационара.

4. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая

4.1. Застрахованное лицо обязано известить Страховщика и (или) уполномоченное Страховщиком лицо не позднее чем в течение 30 (Тридцать) дней со дня, когда Застрахованное лицо узнало или должно было узнать о наступлении события, признаваемого страховым случаем в соответствии с настоящей Программой, позвонив по указанному в договоре страхования телефону медицинского пульта Страховщика.

4.2. Застрахованное лицо обязано сообщить сведения, необходимые для его идентификации, а также для обратной связи – фамилию, имя, отчество, номер контактного телефона и, если имеется, адрес электронной почты, а также Застрахованное лицо обязано предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта постановки предусмотренного настоящей Программой диагноза, назначения предусмотренного настоящей Программой лечения.

4.3. Перечень документов и материалов, которые Застрахованное лицо обязано предоставить при обращении с сообщением о страховом случае:

4.3.1. заявление (Анкета) о наступлении страхового случая (копия подписанного заявления (Анкеты) по форме, предоставленной Страховщиком);

4.3.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (простая копия);

4.3.3. справка и (или) выписка из амбулаторной карты (из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора (полиса) страхования по настоящей Программе заболеваниях за последние 10 (Десять) лет – информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия);

4.3.4. справка медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), с диагнозом, направлением с назначением лечения, предусмотренного настоящей Программой, результатами обследования, проведенного лечения (заверенная копия);

4.3.5. для случаев обращения по поводу постановки диагноза «злокачественное новообразование»:

- справка от онколога по месту жительства, содержащая информацию о том, когда Застрахованный был взят на диспансерный учет и по какому онкологическому заболеванию (заверенная копия);

- если в процессе лечения или проведения каких-либо медицинских вмешательств был поставлен предварительный онкологический диагноз, то предоставляется выписка (справка) из медицинского документа из соответствующей медицинской организации (заверенная копия);

- протоколы, заключения гистологических, цитологических, иммуногистохимических исследований, если были показания, рекомендации, а также техническая возможность их провести (заверенные копии);

- результат анализа крови на гепатиты В и С, ВИЧ или выписка из медицинского документа, содержащая информацию об этих результатах (заверенная копия);

- протоколы проведенных медицинских вмешательств, осмотров (консультаций) по результатам которых был заподозрен и установлен предусмотренный настоящей Программой диагноз или в результате которых была выявлена необходимость в предусмотренном настоящей Программой лечении – протоколы, описание, результаты визуализирующих исследований, включая, но не ограничиваясь, протоколы ультразвуковых исследований, фиброэзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, иных эндоскопических исследований (вмешательств), компьютерной томографии, магниторезонансной томографии (заверенная копия);

- по требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предоставить биологические материалы, полученные при биопсиях, иных вмешательствах, на основании исследований которых был поставлен диагноз «злокачественное новообразование», для повторного исследования в рамках подготовки к оказанию предусмотренных настоящей Программой услуг.

4.4. Требования, предъявляемые к медицинской документации, предоставляемой Страховщику:

4.4.1. диагноз, предусмотренный настоящей Программой, в том числе послуживший поводом для назначения предусмотренного настоящей Программой лечения, должен быть установлен врачом в период действия страхования по Программе, подтвержден в соответствии с действующими стандартами и протоколами;

4.4.2. документы, содержащие медицинскую информацию, предъявляемые Застрахованными лицами, должны быть надлежащим образом заверены медицинскими организациями, их выдавшими, а присылаемые копии должны быть заверены Застрахованным лицом (Застрахованное лицо обязано заверить своей подписью копии документов на бумажных носителях);

4.4.3. медицинский документ должен содержать все необходимые реквизиты и данные, предусмотренные соответствующими нормативными правовыми актами, при этом на всех медицинских документах должны быть указаны фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного, а именно:

- на электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах, изображениях, явившихся результатом машинной обработки информации, фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного должны составлять единое целое с документом, изображением без возможности их изменения;
- на всех документах фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного лица должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.

4.5. По требованию Страховщика Застрахованное лицо обязано предъявить оригиналы документов, указанных в пункте 4.3 настоящей Программы, представителю Страховщика, исполнителям медицинских услуг в рамках настоящей Программы, или доставить оригиналы этих документов в офис Страховщика.

4.6. После получения полного пакета документов, указанных в пункте 4.3 настоящей Программы, Страховщик проводит проверку предоставленных Застрахованным лицом документов в течение 5 (Пять) рабочих дней (если Договором не предусмотрен иной срок), после чего сообщает решение о признании или невозможности признания заявленного Застрахованным лицом события страховым случаем.

4.7. В случае, если документы, указанные в пункте 4.3 настоящей Программы, предоставлены не в полном объеме или в недостаточном для подтверждения факта постановки предусмотренного настоящей Программой диагноза качестве, Страховщик вправе мотивированно запросить у Застрахованного лица повторно эти документы, о чем извещает Застрахованное лицо в течение 10 (Десяти) рабочих дней (если Договором не предусмотрен иной срок) после получения рассматриваемых документов, сообщая, какие дополнительные сведения и документы или их части необходимы.

4.8. При организации и оказании предусмотренных настоящей Программой услуг право выбора медицинской организации принадлежит Страховщику. Организация и оказание услуг в иных организациях не подлежат оплате со стороны Страховщика, если Страховщиком не согласовано иное.

4.9. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, в которые Застрахованное лицо было направлено Страховщиком, каких-либо предусмотренных настоящей Программой услуг, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

4.10. Застрахованное лицо обязано соблюдать внутренний распорядок и режим работы медицинских и иных организаций, в которые оно направляется Страховщиком для получения услуг.

4.11. При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, представителям медицинских и иных оказывающих услуги организаций.

4.12. Если сообщение о страховом случае было заявлено Страховщику в течение срока действия страхования, то Страховщик оплачивает лечение, проводимое в течение не более 1 (одного) года (если Договором не предусмотрен иной срок) после окончания срока действия Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

5. Исключения из страхового покрытия

5.1. В рамках страхования по настоящей Программе не подлежат оплате следующие услуги, материалы, лекарственные препараты:

5.1.1. услуги, оказанные по поводу заболеваний, не являющихся злокачественными новообразованиями, а также не являющиеся операциями, подлежащими оплате в соответствии с настоящей Программой и услугами, необходимыми для подготовки и выполнения предусмотренного настоящей Программой лечения;

5.1.2. услуги, оказанные вне сроков действия страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей Программой;

5.1.3. услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях;

5.1.4. услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой, в том числе услуги, направленные на первичную диагностику, обследование, скрининг с целью выявления заболеваний, лечение по поводу которых предусмотрено настоящей Программой;

5.1.5. психиририя;

5.1.6. услуги в рамках лечения по поводу врожденных нарушений нормального развития, врожденных пороков развития, родовых травм;

5.1.7. медицинские вмешательства, выполняемые с целью трансплантации в случаях:

- если конкретный вид трансплантации органов и (или) их частей прямо не предусмотрен настоящей Программой;

- если потребность в трансплантации возникла вследствие заболеваний, вызванных алкоголем, наркотическими веществами, в результате приема токсических веществ с целью опьянения;

- если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;

- если при трансплантации Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу, а также трансплантация трупного материала (от мертвого донора).

5.1.8. медицинские и иные услуги, выполняемые в эстетических и (или) косметических целях (кроме операций по реконструкции молочной железы после резекции и (или) удаления молочной железы по поводу злокачественного новообразования);

5.1.9. медицинские и иные услуги, оказываемые в связи с любыми формами злокачественных новообразований на фоне носительства вирусов иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатита В и (или) С;

5.1.10. услуги, выполняемые по поводу всех венерических заболеваний (инфекций, передающихся преимущественно половым путем), их осложнений;

5.1.11. услуги, оказываемые по поводу заболеваний, связанных прямой причинно-следственной связью с приемом алкоголя, наркотических веществ и токсических веществ с целью опьянения, а также по поводу травм, полученных в состоянии алкогольного, наркотического и (или) токсического опьянения;

5.1.12. услуги по медицинской эвакуации, транспортировке, проезду Застрахованного лица до места лечения, услуги по предоставлению проживания в гостиницах, услуги, не относящиеся к медицинским, в том числе ритуальные услуги, транспортировка тел (останков), услуги, относящиеся к экспериментальным методам лечения.

5.1.13. услуги по осуществлению ухода на дому, услуги по лечению, выполняемому в хосписах;

5.1.14. услуги, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения для лечения заболеваний или применения медицинских вмешательств, покрываемых настоящей Программой, услуги, не назначенные лечащим врачом;

5.1.15. услуги, оказанные не на территории действия Договора страхования по настоящей Программе;

5.1.16. покупка (оплата стоимости) и доставка медицинских изделий, протезов, средств ухода, ортопедических аппаратов (изделий), корсетов, бандажей, костылей, париков (даже если их использование необходимо в ходе проведения химиотерапевтического лечения), ортопедической обуви, кроме случаев оплаты стоимости протезов молочных желез и металлоконструкций,

необходимых при нейрохирургических операциях, предусмотренных настоящей Программой, а также материалов, применяемых при, кардиохирургических операции предусмотренных настоящей Программой;

5.1.17. покупка (оплата стоимости) или аренда инвалидных кресел, специальных кроватей, устройств для кондиционирования воздуха, очищения воздуха или любого другого аналогичного оборудования, оплата телефонной связи, оплата за доступ в Интернет;

5.1.18. оплата вознаграждения донору, любые расходы, связанные с покупкой донорских органов и тканей, с поиском доноров;

5.1.19. покупка (оплата стоимости) лекарственных препаратов для применения в амбулаторных условиях.

5.2. Перечень событий, не признаваемых страховым случаем (исключения из страхования):

5.2.1. Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не оплачивает или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг при обращении Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг в следующих случаях:

5.2.1.1. при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой, и (или) которые возникли до вступления страхования в силу, до вступления Договора страхования в силу, или после расторжения Договора страхования, после истечения срока страхования, срока действия Договора страхования, а также при отсутствии окончательного подтверждения диагноза злокачественное новообразование со стороны врача-онколога, при отсутствии назначения предусмотренных настоящей Программой операций;

5.2.1.2. по поводу событий, произошедших с лицом, не являющимся Застрахованным, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования (полиса) другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;

5.2.1.3. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

5.2.1.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусов гепатитов В и (или) С;

5.2.1.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

5.2.1.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолетовое излучение, с микроволновым излучением, в связи с иными профессиональными заболеваниями;

5.2.1.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом иных противоправных деяний, в том числе в результате совершения или подготовки террористического акта;

5.2.1.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;

5.2.1.9. в связи с заболеваниями, связанными с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию Российской Федерации;

5.2.1.10. в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь, службой в армии, полиции, пожарной бригаде, системе исполнения наказаний;

5.2.1.11. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, обуславливавшими документально зафиксированные симптомы и (или) диагностированными до даты начала действия страхования, в том числе когда лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения Договора страхования или вступления Договора страхования в силу, вступления страхования в силу.

5.3. Перечень исключений из страхового покрытия (п.5 настоящей Программы) может быть

сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

6. Дополнительный перечень исключений из Программы страхования

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.3. Если какое-либо положение раздела 6 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования, приоритет имеет положение разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 11 Медицинская помощь при ДТП

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. **Страховой случай** – обращение Застрахованного лица в течение срока страхования к Страховщику для организации медицинских услуг по поводу травмы, полученной в течение срока страхования в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), произошедшего на территории действия страхования, и требующей оказания медицинской помощи, предусмотренной настоящей Программой страхования.

1.2. **Дорожно-транспортное происшествие** (в целях настоящей Программы) – событие, возникшее в процессе движения по дороге транспортного средства и с его участием, при котором Застрахованное лицо, являвшееся водителем или пассажиром транспортного средства категории В или С, кроме транспортных средств, используемых с целью коммерческой деятельности (коммерческих перевозок пассажиров и грузов), получило травму.

2. Территория действия страхования, выбор медицинской организации

2.1. Территория действия страхования – Весь мир, если иное не предусмотрено Договором.

2.2. Территория оказания услуг – Весь мир, если иное не предусмотрено Договором.

2.3. Выбор медицинской организации, оказывающей услуги в рамках настоящей Программы, осуществляет Страховщик. Застрахованное лицо обязано следовать указаниям Страховщика при выборе медицинской организации.

3. Порядок предоставления предусмотренных Программой услуг

3.1. Для получения услуг, предусмотренных Программой страхования, Застрахованный обязан обратиться лично или через своего представителя как можно быстрее с момента получения травмы в результате ДТП на круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика по телефону, указанному в Договоре страхования (полисе).

3.2. Факт ДТП с причинением вреда здоровью, должен быть подтвержден соответствующими документами, оформленными соответствующей государственной службой (ГИБДД).

3.3. Застрахованное лицо (его представитель) обязаны сообщить Страховщику сведения, необходимые для идентификации, в том числе номер Договора страхования (полиса), а также указать дату, время, место и обстоятельства ДТП, сведения об иных участниках ДТП (если известны), сведения о месте нахождения Застрахованного лица.

4. Объем предоставляемых в рамках настоящей Программы услуг

4.1. Скорая медицинская помощь

4.1.1. выезд бригады скорой медицинской помощи;

4.1.2. купирование экстренных и неотложных состояний – выполнение необходимых лечебных и диагностических мероприятий;

4.1.3. эвакуация автомобилем скорой медицинской помощи по экстренным и неотложным показаниям до медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в экстренной и неотложной форме.¹

4.2. Стационарное лечение – оказание следующих медицинских услуг в стационарных условиях при оказании специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной формах по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации:

4.2.1. нахождение в стандартной палате и обеспечение лечебным питанием;

¹ Если отсутствует возможность госпитализации в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком, Застрахованное лицо направляется в любую медицинскую организацию, способную оказать необходимую медицинскую помощь, с последующим переводом в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком.

По жизненным показаниям и для устранения угрозы ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица, а также в случаях отсутствия по месту нахождения Застрахованного лица медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках добровольного медицинского страхования и имеющих договорные отношения со Страховщиком, скорая медицинская помощь может быть организована с привлечением государственных и муниципальных медицинских организаций.

4.2.2. диагностические услуги, оказываемые по поводу заболевания (или состояния), послужившего причиной госпитализации: лабораторное и инструментальное обследование, включая рентгенологические методы, ультразвуковые исследования, иные визуализирующие исследования, функциональную диагностику;

4.2.3. осмотры, консультации врачей, в том числе врачей-специалистов, манипуляции и услуги, выполняемые средним и младшим медицинским персоналом;

4.2.4. размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных мероприятий, анестезиологических пособий, в том числе общей анестезии;

4.2.5. проведение консервативного лечения в объеме, необходимом в соответствии с медицинскими показаниями для лечения по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;

4.2.6. выполнение оперативных вмешательств (в том числе эндоскопических);

4.2.7. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, медицинскими газами;

4.2.8. экспертиза временной нетрудоспособности.

5. Перечень исключений из Программы страхования

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Если какое-либо положение раздела 5 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1 - 4 настоящей Программы страхования, приоритет имеет положение разделов 1 - 4 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 12

Лечение по поводу осложнений (в том числе реабилитация)

1. Страховой случай

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных осложнений медицинских вмешательств, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Порядок обслуживания

2.1. В соответствии с настоящей программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (кроме стоматологических) в амбулаторных и стационарных условиях при наступлении страхового случая в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком.

2.2. Медицинская помощь представляется в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений раздела 4 настоящей Программы страхования в соответствии с лицензиями медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Для получения медицинской помощи Застрахованный обязан обратиться по указанным в страховых документах (Договоре страхования или полисе) номерам телефонов медицинских организаций или круглосуточного медицинского пульта Страховщика, если Договором страхования и Программой страхования предусмотрено обязательное согласование со Страховщиком при организации медицинской помощи.

2.4. При обращении за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить в медицинской организации документ, удостоверяющий личность.

2.5. При организации медицинских услуг, требующих обязательного согласования со Страховщиком, право выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, принадлежит Страховщику.

2.6. В случае невозможности оказания медицинскими организациями, указанными в Договоре страхования, отдельных услуг, включенных в настоящую Программу, Страховщик обязуется организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации по выбору Страховщика.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (оказание услуг в медицинских организациях) с целью лечения по поводу осложнений медицинских вмешательств, в том числе с целью медицинской реабилитации

3.1.1. Первичные и повторные приемы, осмотры, консультации врачами по следующим специальностям – акушерство и гинекология, аллергология и иммунология, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, инфекционные болезни, кардиология, колопроктология, лечебная физкультура, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, остеопатия, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пульмонология, ревматология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, а также по иным специальностям в соответствии с лицензиями медицинских организаций, обслуживание в которых предусмотрено договором страхования.

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача листков нетрудоспособности, рецептов (за исключением льготных рецептов).

3.1.2. Проведение по назначению врача и по медицинским показаниям диагностики, в том числе лабораторной диагностики, инструментальной диагностики, включая функциональные исследования, ультразвуковые исследования, рентгенологические исследования, иные

визуализирующие исследования, исследования с помощью радионуклидов, эндоскопические исследования.

3.1.3. Проведение по назначению врача и по медицинским показаниям лечебных вмешательств в амбулаторных условиях.

3.2. Программа стационарного лечения предусматривает оказание следующих медицинских услуг в стационарных условиях с целью лечения по поводу осложнений медицинских вмешательств, в том числе с целью медицинской реабилитации:

3.2.1. нахождение в стандартной палате и обеспечение лечебным питанием;

3.2.2. диагностические услуги, оказываемые по поводу заболевания (или состояния), послужившего причиной госпитализации: лабораторное и инструментальное обследование, включая рентгенологические методы, ультразвуковые исследования, иные визуализирующие исследования, функциональную диагностику;

3.2.3. осмотры, консультации врачей, в том числе врачей-специалистов, манипуляции и услуги, выполняемые средним и младшим медицинским персоналом;

3.2.4. размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных мероприятий, анестезиологических пособий, в том числе общей анестезии;

3.2.5. проведение консервативного лечения в объеме, необходимом в соответствии с медицинскими показаниями для лечения по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;

3.2.6. выполнение оперативных вмешательств (в том числе эндоскопических);

3.2.7. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, медицинскими газами;

3.2.8. экспертиза временной нетрудоспособности.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1 - 3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 13

Второе медицинское мнение

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. Страховой случай – обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в сервисную компанию, указанную в Договоре страхования, для получения в течение срока страхования предусмотренных настоящей Программой страхования услуг при развитии за время действия страхования следующих заболеваний:

- инфекционные и паразитарные болезни;
- новообразования, в том числе злокачественные;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

1.2. Заключение врача – экспертное заключение врача-специалиста, составляемое по результатам изучения предоставленных Застрахованным лицом медицинских документов, и отражающее мнение врача о правильности диагностики, о правильности проведенного или рекомендуемого лечения Застрахованного лица, информацию о возможных вариантах диагностики и (или) лечения, о необходимых медицинских вмешательствах для диагностики и (или) лечения заболевания, предусмотренного настоящей Программой.

1.3. Сервис – программно-аппаратный комплекс, включающий информационную систему, который позволяет оказывать предусмотренные Программой услуги через сеть Интернет, в том числе с применением мобильного приложения и/или электронной почты.

1.4. Сайт – сайт в сети Интернет, расположенный по адресу, указанному в договоре страхования, используемый для предоставления услуг, предусмотренных настоящей Программой.

1.5. Услуги – медицинские и иные услуги, оказываемые с применением телемедицинских технологий дистанционно Застрахованным лицам, предусмотренные настоящей Программой.

1.6. Личный кабинет пользователя (Личный кабинет) – персональный раздел, предназначенный для пользователя (Застрахованного лица), в котором осуществляется регистрация, идентификация пользователя, через который пользователь запрашивает оказание Услуги, обменивается с оказывающей Услуги медицинской организацией документами и сообщениями.

2. Порядок предоставления услуг

2.1. Услуги оказываются в объеме, указанном в разделе 3 и с учетом положений разделов 4 и 5 настоящей Программы страхования.

2.2. Информация о медицинских организациях и врачах, оказывающих Услуги, их профессиональном образовании, квалификации размещена на Сайте.

2.3. Застрахованному лицу предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в

отношении Застрахованного лица, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.

2.4. Застрахованное лицо для оказания Услуг предоставляет врачу документы (копии) через личный кабинет и/или электронной почты, содержащие информацию об установленных Застрахованному лицу диагнозах, перенесенных Застрахованным лицом заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов.

2.5. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию, при этом такие рекомендации не являются основанием для оплаты Страховщиком рекомендованных услуг.

2.6. Застрахованное лицо, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, обязано пройти процесс предварительной регистрации в Сервисе на Сайте (или через мобильное приложение, установить которое возможно с Сайта для мобильных устройств, работающих на IOS и Android). При регистрации Застрахованное лицо обязано дать согласие на обработку персональных данных и предоставление медицинской информации Страховщику и исполнителям медицинских услуг, а также добровольные информированные согласие на медицинские вмешательства, необходимое для оказания Услуг.

2.7. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного лица: персональный компьютер, мобильное устройство, которые должны соответствовать следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильных приложений:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

Застрахованное лицо самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования и программного обеспечения. Администратор Сервиса, Страховщик и медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом Услуг, возникшую из-за оборудования либо программного обеспечения, установленного на устройствах Застрахованного лица.

2.8. После регистрации на Сайте Застрахованное лицо получает доступ в Личный кабинет, в котором возможна активация Договора страхования (полиса).

2.9. Для получения предусмотренных программой Услуг Застрахованному лицу необходимо подать Заявку через Личный кабинет, приложив к ней копии документов.

2.10. По итогам изучения предоставленных документов врач направляет Заключение Застрахованному лицу через Сервис в Личный кабинет не позднее 15 (Пятнадцать) рабочих дней со дня поступления заявки от Застрахованного лица, если иной срок не предусмотрен Договором.

2.11. Если Застрахованное лицо предоставило недостаточные данные, документы, то врач извещает об этом Застрахованное лицо через Сервис, и в случае, если недостающие данные не могут быть предоставлены (Застрахованный отказывается их предоставить), готовит Заключение на основании фактически предоставленных данных, после чего Услуга считается оказанной.

2.12. Перечень медицинских и иных Услуг, предоставляемых за счет страховой компании в рамках выполнения страховой выплаты Застрахованному лицу, устанавливается в соответствии с разделом 3 настоящей Программы страхования.

3. Услуги, предоставляемые в рамках Программы

3.1. При наступлении страхового случая Страховщик в течение действия Договора страхования организует и оплачивает следующие медицинские услуги:

3.1.1. предоставление в течение действия страхования Заключения российского и/или зарубежного врача-специалиста по результатам изучения предоставленных Застрахованным лицом медицинских документов.

Услуги оказываются в плановой форме.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Страховым случаем не является, и страховая выплата в виде организации и оплаты предусмотренных Договором страхования и настоящей Программой страхования услуг не производится в случаях, когда:

4.1.1. Застрахованное лицо обратилось для организации и оплаты услуг, предусмотренных Программой страхования, до начала действия страхования или после окончания действия страхования.

4.2. В рамках исполнения Договора страхования по настоящей Программе страхования не подлежат оплате:

4.2.1. услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой страхования;

4.2.2. услуги, кроме прямо предусмотренных Программой страхования, оказываемые в амбулаторных условиях в медицинских организациях, вызовы врача на дом, услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях;

4.2.3. услуги по инструментальной и лабораторной диагностике;

4.2.4. услуги скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

4.3. Перечень исключений из Программы страхования (п.4 настоящей Программы) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

5. Особые условия

5.1. Страховщик не несет ответственность:

5.1.1. в случаях невозможности исполнить Договор страхования или оказать предусмотренные Программой услуги, когда Застрахованным лицом не предоставлены сведения о состоянии здоровья Застрахованного лица, своевременно не предоставлены дополнительные документы, которые необходимы врачу для подготовки обоснованного заключения (в таких случаях заключения предоставляются только по результатам фактически предоставленных документов и информации);

5.1.2. за медицинское содержание заключения врачей, данные ими рекомендации;

5.1.3. за наличие или отсутствие у Застрахованного лица технической возможности для обращения через Сервис с целью получения Услуг, предусмотренных настоящей Программой.

5.2. Страхование и оказание услуг не может осуществляться:

5.2.1. если Застрахованным лицом не подписаны разрешения на обработку персональных данных и добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства в случаях, когда подписание этих документов является обязательным в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Перечень исключений из Программы страхования

6.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

6.3. Если какое-либо положение раздела 6 настоящей Программы страхования противоречит положениям разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1 - 5 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 14 Санаторно-курортное лечение

1. Страховой случай

1.1. Страховой случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования и согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования услуг по санаторно-курортному лечению при госпитализации в санаторно-курортное учреждение при хронических заболеваниях в стадии ремиссии, подострых стадиях заболеваний, состояний после травмы (в том числе ожога, отморожения), а также с целью реабилитационно-восстановительного лечения или проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

2. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

2.1. Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях необходимый курс санаторно-курортного лечения, в том числе:

- консультации врачей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления;
- лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства;
- ЛФК, массаж, водные процедуры, бальнеолечение, лечение средствами природного происхождения, физ. процедуры и т.д.;
- оказание стоматологической помощи;
- пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала.

3. Порядок оказания услуг

3.1. Санаторно-курортное лечение организуется Страховщиком на основании заявления на организацию санаторно-курортного лечения.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. По настоящей программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

4.1.1. ВИЧ-инфекция; СПИД;

4.1.2. особо опасные инфекционные болезни;

4.1.3. оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

4.1.4. алкоголизм, наркомания, токсикомания;

4.1.5. туберкулез.

4.2. По настоящей программе страхования Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги:

4.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

4.2.2. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

4.2.3. лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия и импотенции;

4.2.4. услуги, оказанные Застрахованному лицу после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг связанных с лечением Застрахованного лица, госпитализированного в течение срока действия договора страхования - до момента его выписки из санаторно-курортного учреждения.

4.3. Перечень исключений из Программы страхования (п.4 настоящей Программы) может

быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

5. Дополнительный перечень исключений из Программы страхования

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Если какое-либо положение раздела 5 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1 - 4 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1 - 4 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 15 Лекарственное обеспечение

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

2.1. Обеспечение лекарственными средствами;
2.2. Обеспечение биологически активными добавками к пище;
2.3. Обеспечение изделиями медицинского назначения и расходными материалами;
2.4. Доставка лекарственных средств и/или расходных материалов и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в учреждении, осуществляющем фармацевтическую деятельность, предоставляющем лекарственную помощь или реализующем изделия медицинского назначения.

3. Порядок оказания медицинских услуг

3.1. Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию обеспечения и оплату лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения, назначенных врачом медицинской организации.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1 - 3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1 - 3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 16
«Антиклещ» (страхование на случай присасывания клеща)

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг при укусе (присасывании, нападении) клеща для получения предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

2.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (оказание услуг в медицинских организациях в амбулаторных условиях):

2.1.1. консультации врачей;

2.1.2. удаление клеща;

2.1.3. исследование клеща на носительство возбудителей клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма;

2.1.4. при невозможности исследовать клеща – исследование крови пациента (Застрахованного лица) на антитела к возбудителям клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма;

2.1.5. введение иммуноглобулина против клещевого вирусного энцефалита при наличии медицинских показаний;

2.1.6. при вакцинации:

- предвакцинальные осмотры врача;

- вакцинация и ревакцинация против клещевого энцефалита.

2.2. Стационарное лечение (специализированная медицинская помощь в стационарных условиях) по поводу клещевого вирусного энцефалита и (или) болезни Лайма:

2.2.1. нахождение в стандартной палате и обеспечение лечебным питанием;

2.2.2. диагностические услуги, оказываемые по поводу заболевания (или состояния), послужившего причиной госпитализации: лабораторное и инструментальное обследование, включая рентгенологические методы, ультразвуковые исследования, иные визуализирующие исследования, функциональную диагностику;

2.2.3. осмотры, консультации врачей, в том числе врачей-специалистов, манипуляции и услуги, выполняемые средним и младшим медицинским персоналом;

2.2.4. размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных мероприятий, анестезиологических пособий, в том числе общей анестезии;

2.2.5. проведение лечения в объеме, необходимом в соответствии с медицинскими показаниями для лечения по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;

2.2.6. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами;

2.2.7. экспертиза временной нетрудоспособности.

2.3. Реабилитационное лечение

2.3.1. Организация реабилитационного лечения в выбранной Страховщиком медицинской организации при наличии медицинских показаний после перенесенного в течение действия Договора страхования клещевого вирусного энцефалита и (или) болезни Лайма.

3. Перечень исключений из Программы страхования

3.1. Страховщик в рамках настоящей Программы не подлежат оплате следующие услуги:

3.1.1. услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;

3.1.2. услуги, оказанные по поводу заболеваний, не являющихся клещевым вирусным энцефалитом и (или) болезнью Лайма;

3.1.3. услуги, оказанные в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования или не согласованных Страховщиком;

3.1.4. услуги, оказанные по поводу хронических клещевого вирусного энцефалита и (или) болезни Лайма, возникших до начала действия настоящего Договора;

3.1.5. услуги, оказанные по поводу укуса (присасывания, наползания) клеща и последствий укуса (присасывания, наползания) клеща, произошедшего до начала действия Договора страхования.

4.3. Перечень исключений из Программы страхования (п.3 настоящей Программы) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 17 «КлещOff»

1. Страховой случай

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг при укусе (присасывании, нападении) клеща для получения предусмотренных Программой страхования услуг.

2. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

2.1. Вариант 1

2.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях):

- удаление присосавшегося клеща в медицинской организации;
- лечебные медицинские вмешательства: введение иммуноглобулина против клещевого энцефалита при наличии медицинских показаний подтвержденных лабораторным исследованием клеща на носительство возбудителей клещевого энцефалита и/или исследование на вирусемию или серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, болезни Лайма), назначение курса антибактериальной терапии с целью профилактики болезни Лайма.

2.1.2. Стационарная помощь (специализированная медицинская помощь в стационарных условиях) при неотложной и экстренной госпитализации в случае острого заболевания клещевым энцефалитом или болезнью Лайма:

- наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания, в том числе при наличии медицинских показаний выполнение электромиографии, ЭЭГ, визуализирующих исследований в соответствии с действующими стандартами;
- лечение заболевания, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами; обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, анестетиками, одноразовым инструментарием и системами для трансфузий;
- физиотерапевтическое лечение по показаниям.

2.1.3. Реабилитационно-восстановительное лечение (медицинская реабилитация), организуемое по согласованию со Страховщиком в медицинской организации, имеющей договор со Страховщиком, по месту жительства Застрахованного, показанное Застрахованному в связи с развившимися и перенесенными в течение действия Договора страхования клещевым энцефалитом или болезнью Лайма:

- первичный углубленный осмотр;
- составление индивидуальных программ оздоровления и реабилитации, динамическое врачебное наблюдение;
- диагностика (при необходимости): лабораторная, функциональная, лучевая, эндоскопическая;
- восстановительное лечение;
- другие методы по согласованию со Страховщиком.

2.1.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, по настоящей Программе не оплачиваются:

- услуги, не предусмотренные Программой;
- услуги, не предписанные врачом;
- услуги, оказанные в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования (если иное не согласовано со Страховщиком);
- услуги, оказанные после окончания срока действия Договора страхования;
- услуги, выполненные по просьбе Застрахованного и (или) без медицинских показаний;
- лабораторное исследование клеща на носительство возбудителей клещевого энцефалита;

- диагностические медицинские вмешательства: исследование на вирусемию или серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, болезни Лайма;
- услуги по предоставлению медицинской помощи, связанной с лечением по поводу заболеваний, не являющихся клещевым энцефалитом или болезнью Лайма, а также хронических форм клещевого энцефалита и болезни Лайма, их осложнений, последствий, заболеваний и укусов клещей, произошедших до начала действия Договора страхования (полиса);
- компенсация расходов Застрахованного на медицинскую помощь в рамках программы страхования при наступлении страхового случая, понесенных без предварительного согласования данных расходов со Страховщиком;
- стоимость антибактериальных препаратов, применяемых в амбулаторных условиях.

2.2. Вариант 2

2.2.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях):

- удаление присосавшегося клеща в медицинской организации;
- лабораторное исследование клеща на носительство возбудителей клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезни Лайма);
- диагностические медицинские вмешательства: исследование на вирусемию или серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, болезни Лайма (при наличии показаний и назначений врача, а также технической возможности медицинских организаций оказать необходимые услуги);
- лечебные медицинские вмешательства: **введение иммуноглобулина против клещевого энцефалита при наличии медицинских показаний**, назначение курса антибактериальной терапии с целью профилактики болезни Лайма.

2.2.2. Стационарная помощь (специализированная медицинская помощь в стационарных условиях) при неотложной и экстренной госпитализации в случае острого заболевания клещевым энцефалитом или болезнью Лайма:

- наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания, в том числе при наличии медицинских показаний выполнение электромиографии, ЭЭГ, визуализирующих исследований в соответствии с действующими стандартами;
- лечение заболевания, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами;
- обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, анестетиками, одноразовым инструментарием и системами для трансфузий;
- физиотерапевтическое лечение по показаниям.

2.2.3. Реабилитационно-восстановительное лечение (медицинская реабилитация), организуемое по согласованию со Страховщиком в медицинской организации, имеющей договор со Страховщиком, по месту жительства Застрахованного, показанное Застрахованному в связи с развившимися и перенесенными в течение действия Договора страхования клещевым энцефалитом или болезнью Лайма:

- первичный углубленный осмотр;
- составление индивидуальных программ оздоровления и реабилитации, динамическое врачебное наблюдение;
- диагностика (при необходимости): лабораторная, функциональная, лучевая, эндоскопическая;
- восстановительное лечение;
- другие методы по согласованию со Страховщиком.

2.2.4. По настоящей Программе не оплачиваются:

- услуги, не предусмотренные Программой ДМС и (или) не предписанные врачом;
- услуги, оказанные в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, если иное не согласовано со Страховщиком;
- услуги, оказанные после окончания срока действия Договора страхования;
- услуги, выполненные по просьбе Застрахованного и (или) без медицинских показаний;

- услуги по предоставлению медицинской помощи, связанной с лечением по поводу заболеваний, не являющихся клещевым энцефалитом или болезнью Лайма, а также хронических форм клещевого энцефалита и болезни Лайма, их осложнений, последствий, заболеваний и укусов клещей, произошедших до начала действия Договора страхования;
- компенсация расходов Застрахованного на медицинскую помощь в рамках Программы страхования при наступлении страхового случая, понесенных без предварительного согласования данных расходов со Страховщиком;
- стоимость антибактериальных препаратов, применяемых в амбулаторных условиях, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2.3. Вариант 3

2.3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях):

- удаление присосавшегося клеща в медицинской организации;
- лабораторное исследование клеща на носительство возбудителей клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезни Лайма), моноцитарного эрлихиоза, гранулоцитарного анаплазмоза, иных инфекционных заболеваний, передающихся при укусе клеща (при наличии показаний и назначений врача, а также технической возможности медицинских организаций оказать необходимые услуги);
- диагностические медицинские вмешательства: исследование на вирусемию или серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, болезни Лайма, моноцитарного эрлихиоза, гранулоцитарного анаплазмоза, иных инфекционных заболеваний, передающихся при укусе клеща (при наличии показаний и назначений врача, а также технической возможности медицинских организаций оказать необходимые услуги);
- лечебные медицинские вмешательства: **введение иммуноглобулина против клещевого энцефалита при наличии медицинских показаний**, назначение курса антибактериальной терапии с целью профилактики болезни Лайма, моноцитарного эрлихиоза, гранулоцитарного анаплазмоза, иных инфекционных заболеваний, передающихся при укусе клеща.

2.3.2. Стационарная помощь (специализированная медицинская помощь в стационарных условиях) при неотложной и экстренной госпитализации в случае острого заболевания клещевым энцефалитом или болезнью Лайма, моноцитарным эрлихиозом, гранулоцитарным анаплазмозом, иными инфекционными заболеваниями, передающимися при укусе клеща:

- наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, в том числе, при наличии медицинских показаний, выполнение электромиографии, ЭЭГ, визуализирующих исследований в соответствии с действующими стандартами;
- лечение по поводу клещевого вирусного энцефалита и (или) болезни Лайма и (или) моноцитарного эрлихиоза и (или) гранулоцитарного анаплазмоза и (или) иных инфекционных заболеваний, передающихся при укусе клеща, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами;
- обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, анестетиками, одноразовым инструментарием и системами для трансфузий;
- физиотерапевтическое лечение по показаниям.

2.3.3. Реабилитационно-восстановительное лечение (медицинская реабилитация), организуемое по согласованию со Страховщиком в медицинской организации, имеющей договор со Страховщиком, по месту жительства Застрахованного, показанное Застрахованному в связи с развившимися и перенесенными в течение действия Договора страхования клещевым энцефалитом или болезнью Лайма и (или) моноцитарным эрлихиозом и (или) гранулоцитарным анаплазмозом и (или) иными инфекционными заболеваниями, передающимися при укусе клеща:

- первичный углубленный осмотр;
- составление индивидуальных программ оздоровления и реабилитации, динамическое врачебное наблюдение;

- диагностика (при необходимости): лабораторная, функциональная, лучевая, эндоскопическая;

- восстановительное лечение;

- другие методы по согласованию со Страховщиком.

2.3.4. По настоящей Программе не оплачиваются:

- услуги, не предусмотренные Программой ДМС и (или) не предписанные врачом;

- услуги, оказанные в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, если иное не согласовано со Страховщиком;

- услуги, оказанные после окончания срока действия Договора;

- услуги, выполненные по просьбе Застрахованного и (или) без медицинских показаний;

- услуги по предоставлению медицинской помощи, связанной с лечением по поводу заболеваний, не являющихся клещевым вирусным энцефалитом, болезнью Лайма, моноцитарным эрлихиозом, гранулоцитарным анаплазмозом, иными инфекционными заболеваниями, передающимися при укусе клеща, а также хронических форм клещевого вирусного энцефалита, болезни Лайма, моноцитарного эрлихиоза, гранулоцитарного анаплазмоза, иных инфекционных заболеваний, передающихся при укусе клеща, их осложнений, последствий, заболеваний и укусов клещей, произошедших до начала действия Договора страхования;

- компенсация расходов Застрахованного на медицинскую помощь в рамках Программы при наступлении страхового случая, понесенных без предварительного согласования данных расходов со Страховщиком;

- стоимость антибактериальных препаратов, применяемых в амбулаторных условиях, если иное не предусмотрено Договором.

3. Порядок оказания медицинской помощи

3.1. Медицинские услуги Застрахованным в рамках Программы, оказываются в режиме работы медицинских организаций, с которыми Страховщик имеет соответствующие договоры на предоставление медицинских услуг.

3.2. Перечень медицинских организаций прилагается к Договору и является его неотъемлемой частью.

3.3. Конкретная дата и порядок обращения в медицинскую организацию согласовываются Застрахованным со Страховщиком по телефону, указанному в Договоре и (или) в Программе страхования.

4. Порядок возмещения стоимости иммуноглобулина

4.1. В случае укуса иксодовым клещом и при отсутствии в медицинских организациях, предусмотренных Программой страхования, иммуноглобулина, Застрахованный:

- согласовывает с круглосуточным медицинским пультом Страховщика необходимость приобретения иммуноглобулина;

- после согласования вправе обратиться в аптечную организацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных Программой страхования лекарственных средств (иммуноглобулина).

4.2. Для получения страхового возмещения Застрахованный должен обратиться к Страховщику в течение 30 дней с момента покупки лекарственного средства (независимо от окончания срока действия Договора) с заявлением на страховую выплату с приложением следующих документов:

- оригинала рецепта;

- при отсутствии бланков рецептов - выписанных лечащим врачом медицинской организации следующие документов: выписки из истории болезни, справки медицинской организации и пр., подтверждающих факт выписки (назначения) лекарственного средства, а также подтверждающих факт оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, с указанием фамилии и инициалов Застрахованного, наименования лекарственного средства и его дозировки (при необходимости) и наименования оказанных медицинских услуг, фамилии врача, с приложением печати (штампа) медицинской организации;

- товарного чека с указанием в нем наименования и стоимости каждого лекарственного средства с приложением печати (штампа) аптечной организации;

- чека контрольно-кассового аппарата;
- медицинской документации, подтверждающей факт и дату укуса клеща (выписки из медицинского документа, справки, копии медицинского документа), заверенной медицинской организацией;
- копии документа, удостоверяющего личность получателя выплаты;
- при осуществлении выплаты в безналичном порядке - банковских реквизитов и других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты.

Если из содержания документов, представленных Страховщику в соответствии с п.4.2 настоящей Программы, невозможно установить права на получение страховой выплаты, достоверные обстоятельства и причины наступления страхового случая или определить размер причиненных убытков, Страховщик может предложить представить дополнительные документы, позволяющие установить обстоятельства и причины наступления страхового случая, размер причиненных убытков и права на получение страховой выплаты. Страховщик также вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства и причины страхового случая, права получателя страховой выплаты, а также размер причиненных убытков для него известны или очевидны.

4.3. Страховщик производит страховую выплату в течение 30 (тридцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором страхования) с даты принятия Страховщиком заявления и документов, указанных в п.4.2 Программы.

В случае отсутствия оснований для страховой выплаты Страховщик в течение 30 (тридцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором страхования) с даты принятия Страховщиком заявления и документов, указанных в п.4.2 Программы, направляет уведомление об отсутствии оснований для страховой выплаты с мотивированным обоснованием причин отсутствия оснований для страховой выплаты.

4.4. Сумма страховой выплаты за иммуноглобулин не может превышать сумму отпускной цены указанного лекарственного препарата, зарегистрированного в соответствующем Государственном реестре, и надбавки, установленной в конкретном субъекте Российской Федерации.

4.5. Страховщик не производит страховую выплату Застрахованному (отсутствуют основания для страховой выплаты), если наименование лекарственного средства, указанного в товарном чеке, не совпадает с наименованием лекарственного средства, указанного в рецепте, кроме случаев, когда в товарном чеке указан аналог (осуществлена синонимическая замена лекарственного средства) и (или) иная дозировка.

4.6. Не относятся к страховому случаю и не подлежат возмещению в рамках настоящей Программы расходы, если:

- лекарственные средства приобретены позднее 5 дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) после окончания действия Договора страхования в отношении Застрахованного;
- к Заявлению не приложен хотя бы один из документов, указанных в пункте 4.2 настоящей Программы;
- сумма, указанная в чеке контрольно-кассовой машины меньше суммы, указанной в товарном чеке;
- Заявление подается по истечении сроков, указанных в пункте 4.2 настоящей Программы.

4.7. Договором страхования может быть предусмотрен иной не противоречащий действующему законодательству Российской Федерации порядок возмещения стоимости иммуноглобулина.

5. Перечень исключений из Программы страхования

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Если какое-либо положение раздела 5 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-4 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-4 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 18 «Студент»

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования и согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, несчастных случаев, травм, ожогов и обморожений.

1.2. В целях исполнения настоящей Программы страхования применяются следующие термины и определения:

Медицинская организация - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, осуществляющее свою медицинскую деятельность на основании полученной лицензии в установленном законом порядке.

Сервисная компания - сервисная или ассистанская компания (учреждение), имеющая договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающая помощь по репатриации в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем или смертью.

2. Порядок обращения за медицинской помощью

2.1. Медицинская помощь организуется при обращении на медицинский пульт Страховщика по телефону, указанному в Договоре страхования и (или) Программе.

Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение, предварительно не согласованное со Страховщиком, не является страховым событием.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

3.1.1. приемы врачей следующих специальностей: терапевт/педиатр, хирург, травматолог, гинеколог, отоларинголог, невролог, уролог, кардиолог, гастроэнтеролог;

3.1.2. оформление и предоставление Застрахованному лицу необходимой медицинской документации в соответствии с действующими Правилами медицинского учреждения (выписка из амбулаторной карты, справка учащемуся по состоянию здоровья для предоставления по месту требования в учебное заведение, кроме оформления листов нетрудоспособности);

3.1.3. инструментальная диагностика – функциональная (ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания), ультразвуковая диагностика органов брюшной полости и малого таза, рентгенологическая в полном объеме (кроме рентгенконтрастных методов, исследований с функциональными пробами), эндоскопическая органов пищеварения: ЭГДС;

3.1.4. общие манипуляции и процедуры (проведение подкожных, внутримышечных инъекций);

3.1.5. лабораторная диагностика: общеклинические (общий анализ крови, мочи, кала), биохимические исследования (АЛТ, АСТ, общий белок, общий билирубин, С-реактивный белок, глюкоза, креатинин, мочевины); цитологические и гистологические исследования (по медицинским показаниям);

3.1.6. малые хирургические вмешательства по экстренным показаниям в рамках амбулаторно-поликлинической помощи, выполняемые в условиях амбулаторно-поликлинической помощи, кроме дневного стационара.

3.2. Вызов врача на дом:

3.2.1. вызов врача на дом (в общежитие) в пределах административной границы города;

3.2.2. оказание медицинской помощи на дому в режиме работы лечебного учреждения Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение (строго по медицинским показаниям: первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому; оформление и предоставление Застрахованному лицу необходимой

медицинской документации (справка учащемуся по состоянию здоровья для предоставления по месту требования в учебное заведение), рецепты (за исключением льготных и оформления листов нетрудоспособности)).

3.3. Стоматологическая помощь - экстренная стоматологическая помощь при наличии болевого синдрома, которая предусматривает:

3.3.1. диагностику и анестезию:

- консультацию врача-стоматолога-терапевта;
- консультацию врача-стоматолога-хирурга;
- радиовизиографию (прицельный снимок);
- аппликационную, инфильтрационную и проводниковую местную анестезию;

3.3.2. терапевтическую стоматологию:

- снятие острой боли при лечении острого пульпита, острого периодонтита;
- наложение девитализирующей пасты, механическая медикаментозная обработка, временное пломбирование корневых каналов, постановка временной пломбы;

3.3.3. хирургическую стоматологию:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных);
- вскрытие воспалительного инфильтрата и пародонтального абсцесса при обострении хронического периодонтита и хронического пародонтита.

3.4. Стационарная помощь - оказание специализированной медицинской помощи в неотложной форме, которая предусматривает:

- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния), послужившего причиной госпитализации;
- хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами;
- консультации и другие профессиональные услуги врачей;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- пребывание в общей палате, питание, уход медицинского персонала.

3.5. Скорая медицинская помощь - услуги неотложной и скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи предусматривают:

- выезд бригады скорой помощи, проведение необходимой экспресс-диагностики, экстренные лечебные манипуляции и купирование неотложных состояний;
- экстренную транспортировку в стационар.

Помощь оказываются в пределах административных границ города (для Москвы МКАД, для СПб - КАД).

3.6. Репатриация - в случае смерти Застрахованного лица Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

- сбор, оформление документов, необходимых для транспортировки останков;
- подготовку останков к транспортировке, включая гроб минимально необходимого для транспортировки уровня;
- транспортировку останков до морга в населённом пункте, в котором постоянно проживало Застрахованное лицо.

Выбор способа транспортировки останков и исполнителей услуг при репатриации останков осуществляет Страховщик.

3.7. Объем медицинского осмотра одного студента с выдачей справки 086/у, справки для занятия физкультурой, паспорта здоровья абитуриента на профпригодность по Приказу N29н от 28.01.2021 г.

- приемы врачей следующих специальностей: терапевта, хирурга, невролога, оториноларинголога, офтальмолога, дерматовенеролога, инфекциониста, гинеколога;
- мазок гинеколога;
- общий анализ крови;
- исследование уровня эритроцитов в крови;
- исследование уровня тромбоцитов в крови;
- определение цветового показателя;
- общий анализ мочи;
- рентгенография легких в двух проекциях;

- электрокардиография с описанием;
- прием стоматолога;
- анализ крови на холестерин;
- определение уровня глюкозы в крови;
- РМП на сифилис;
- ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное;
- взятие крови из периферической вены.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 19 «АнтиОнко»

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. Страховой случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования за организацией медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в связи с потребностью в лечении злокачественного новообразования, которое было впервые диагностировано или о котором стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования.

1.2. В целях исполнения настоящей Программы страхования применяются следующие термины и определения:

Застрахованное лицо - лицо в возрасте до 65 лет на дату заключения договора страхования.

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

Злокачественные новообразования - означает любое злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или в случае системных злокачественных новообразований - цитологическими доказательствами. **Исключаются из страхового покрытия:**

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

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

- Заболевания кожи следующих типов:

a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

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

- Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).

- Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.

- Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) (ICD 91.10).

2. Территория

2.1 Территория действия страхования – Весь мир, если Договором не предусмотрено иное.

2.2. Территория оказания услуг – Российская Федерация, если Договором не предусмотрено иное.

2.2.1. Если лечение невозможно на территории, указанной в п. 2.2 настоящей Программы, то услуги оказываются на территории – Европы (за исключением Швейцарии и Великобритании), Израиля, Южной Кореи, если Договором не предусмотрено иное.

2.2.2. Критерий невозможности проведения лечения: лечение представляет собой традиционное медицинское лечение, одобренное всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится, и лечение не доступно в стране проживания Застрахованного, и если оно не будет выполнено в ближайшем будущем (до 4 недель, если иной срок не предусмотрен Договором страхования), для Застрахованного будет существовать реальная опасность смерти, и за рубежом существует медицинский институт, который готов провести лечение для Застрахованного в соответствии с условиями Договора и настоящей Программы.

3. Действие страхования. Временная франшиза (период ожидания)

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

Договором страхования может быть предусмотрен иной срок страхования по настоящей Программе.

3.2. Временная франшиза (период ожидания):

3.2.1. Страхование по настоящей Программе страхования вступает в силу по истечении периода ожидания, равного 120 (Сто двадцать) дней (если иной срок не предусмотрен Договором страхования) с даты вступления в силу Программы страхования.

3.2.2. События, произошедшие в период ожидания, не являются страховыми случаями и не покрываются Программой страхования.

3.2.3. Договором страхования может быть предусмотрено отсутствие временной франшизы (периода ожидания).

3.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при непрерывной пролонгации договора страхования без изменения Застрахованного лица период ожидания не применяется, если этот период ранее истек.

3.4. В случае истечения срока действия договора страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента истечения срока действия договора страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия договора страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (тридцати) последовательных дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) после истечения срока действия договора страхования.

4. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

4.1. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:

- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по согласованию Страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию.
- имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на один страховой случай, если иная сумма не предусмотрена Договором страхования.
- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.

5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая

5.1. В целях предоставления услуг по организации медицинских и иных услуг в рамках Программы страхования предоставляется выделенная телефонная линия с бесплатным номером, указанным в Программе страхования и (или) Договоре страхования, для звонков по всей России.

5.2. При наличии заинтересованности в получении услуг Застрахованный может обращаться по указанному номеру телефона, его звонок фиксируется, обращение Застрахованного принимает представитель Страховщика (представитель уполномоченной организации, привлеченной Страховщиком для организации оказания Застрахованному услуг, предусмотренных Программой страхования).

5.3. При осуществлении звонка на выделенную телефонную линию Застрахованный выбирает тип запроса из предложенного меню: заявить о страховом случае (для организации лечения злокачественных новообразований).

5.4. При осуществлении звонка на выделенную телефонную линию Застрахованный обязан сообщить свое полное имя, дату рождения, наименование страховой компании, наименование Программы страхования (по возможности), полное имя, дату рождения и степень родства третьего

лица, которому необходимо представление услуги (для семейных опций), причину обращения (диагноз/область медицины), контактные данные для обратной связи (номер телефона, дополнительный номер телефона доверенного лица (при наличии), адрес электронной почты).

5.5. Документы, которые необходимо предоставить Страховщику для подтверждения страхового случая:

- заявление о страховой выплате;
- копия паспорта;
- копия паспорта представителя Застрахованного лица;
- копия договора страхования;
- направление лечащего врача на плановое стационарное лечение (при наличии);
- медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);
- результаты проведенных анализов;
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;
- медицинский документ об отсутствии обращений - за последние 5 (пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания);
- в случае если обращается представитель Застрахованного – копия нотариальной доверенности установленной формы;
- документ, удостоверяющий личность получателя выплаты;
- банковские реквизиты и другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке;
- иные документы, предусмотренные в разделе 7 Правил.

Если из содержания документов, представленных Страховщику в соответствии с п.5.5 настоящей Программы, невозможно установить права на получение страховой выплаты, достоверные обстоятельства и причины наступления страхового случая или определить размер причиненных убытков, Страховщик может предложить представить дополнительные документы, позволяющие установить обстоятельства и причины наступления страхового случая, размер причиненных убытков и права на получение страховой выплаты. Страховщик также вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства и причины страхового случая, права получателя страховой выплаты, а также размер причиненных убытков для него известны или очевидны.

5.6. Порядок взаимодействия при наступлении страхового случая

5.6.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая;

5.6.2. Застрахованный обязан до обращения в медицинское учреждение (до получения медицинской помощи) сообщить Страховщику о наступлении страхового случая любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), в течение 30 дней (если иной срок не предусмотрен Договором) после того как ему стало известно о наступлении страхового случая (с даты установления Застрахованному диагноза заболевания, подлежащего лечению методами, указанными в Программе).

5.6.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы (в соответствии с перечнем в п. 5.5 Программы) для установления факта страхового случая и определения размера страховой выплаты.

5.6.4. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать документы и сведения, связанные со страховым случаем, у медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

5.6.5. Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты получения указанных в п.5.5 настоящей Программы документов принимает решение о признании или не признании события страховым случаем.

При непризнании события страховым случаем Страховщик в течение 2 (двух) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты непризнания события страховым случаем информирует по электронной почте Страхователя, Застрахованное лицо и медицинское учреждение о непризнании события страховым случаем и в течение 3 (трех) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты непризнания события страховым случаем направляет Страхователю, Застрахованному лицу и медицинскому учреждению уведомление об отсутствии оснований для страховой выплаты.

5.6.6. Если договором страхования не предусмотрено иное, для принятия решения Страховщик в соответствии с п. 5.5 настоящей Программы может предложить предоставить дополнительные документы в течение 3 (трех) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) и письменно информирует об этом Страхователя, Застрахованного с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов.

Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет 3 (три) рабочих дня (если иной срок не предусмотрен Договором) со дня их предоставления.

5.7. При признании события страховым случаем Страховщик организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии с Программой страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты предоставления указанных в п.5.5 настоящей Программы документов, необходимых для организации услуг, предусмотренных настоящей Программой.

В случае осуществления страховой выплаты путем перечисления Страховщиком денежных средств за оказанные Застрахованному лицу услуги в соответствии с условиями договора, заключенного Страховщиком с медицинскими и иными учреждениями, оплата их помощи и услуг производится путем безналичных расчетов авансом или по счету, выставленному за фактически оказанные помощь и услуги, предусмотренные Программой страхования, в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента предоставления документов, предусмотренных п.5.5 настоящей Программы.

В случае осуществления страховой выплаты путем возмещения понесенных Застрахованным лицом или Страхователем расходов на оплату предусмотренных применяемыми в соответствии с Договором страхования Программами страхования услуг, Страховщик производит страховую выплату в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента предоставления документов, предусмотренных 5.5 настоящей Программы.

5.8. Для оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой, медицинское учреждение выбирает Страховщик.

5.8.1. Выбор медицинского учреждения производится на основании трех основных критериев:

а) профиль медицинского учреждения: тип заболевания; возраст клиента; сопутствующие заболевания; стадия заболевания - на основании этого подбирается врач, наиболее сильный в конкретном виде медицинской задачи.

б) скорость получения медицинской помощи: если состояние требует срочной медицинской помощи, рекомендуется клиника с более коротким сроком ожидания.

в) географическое расположение.

В любом случае, Застрахованное лицо в письменной форме получает подробное описание от врача и клинике, подобранных для него, с указанием, почему был выбран тот или иной специалист и медицинское учреждение.

5.9. Договором страхования может быть предусмотрен иной не противоречащий действующему законодательству Российской Федерации порядок взаимодействия при наступлении страхового случая.

6. Исключения из страхового покрытия

6.1. В рамках страхования по настоящей Программе не подлежат оплате следующие услуги:

6.1.1. услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги не указанные в п. 4 настоящей Программы.

6.1.2. услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей Программой.

6.1.3. услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на

лечения в медицинских организациях.

6.1.4. услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;

6.1.5. психириургия;

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

6.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника;

6.1.8. хирургические операции по трансплантации органов любого вида;

6.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцией по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции молочных желез после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;

6.1.10. услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);

6.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

6.2. Не является страховым случаем обращение в медицинскую организацию и (или) иную организацию для организации и (или) оказания медицинских и иных услуг:

6.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей Программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;

6.2.2. предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющиеся Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой;

6.2.3. не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;

6.2.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

6.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

6.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

6.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

6.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

6.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

6.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;

6.2.11. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.

6.2.12. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);

6.2.13. не предусмотренных настоящей Программой добровольного медицинского страхования;

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

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

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

6.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования или выбор которых не был согласован с Страховщиком;

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

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

7. Перечень услуг, заболеваний, состояний, событий, методов диагностики и лечения, не возмещаемых Страховщиком расходов (п.6 настоящей Программы) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

8. Перечень исключений из Программы страхования

8.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

8.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

8.3. Если какое-либо положение раздела 8 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-7 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-7 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 20 «Здоровое поколение»

1. Страховой случай, термины и определения

1.1. Страховой случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования к Страховщику для организации медицинских и иных предусмотренных настоящей Программой страхования услуг в следующих случаях:

1.1.1. постановка диагноза и назначение Застрахованному лицу в течение срока страхования лечения злокачественного новообразования, которое впервые диагностировано в жизни Застрахованного лица и (или) о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;

1.1.2. постановка диагноза и назначение Застрахованному лицу в течение срока страхования лечения в объеме нейрохирургической операции по причине заболевания, которое впервые диагностировано в жизни Застрахованного лица и (или) о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;

1.1.3. постановка диагноза и назначение Застрахованному лицу в течение срока страхования лечения в объеме кардиохирургической операции по причине заболевания, которое впервые диагностировано в жизни Застрахованного лица и (или) о котором стало известно Застрахованному лицу впервые в течение срока страхования;

Застрахованное лицо - лицо в возрасте до 80 лет на дату заключения договора страхования. Возраст будет рассчитываться как разница между датой рождения Застрахованного лица и датой начала действия договора. Во избежание каких-либо противоречий, эта разница должна быть округлена следующим образом: 45,5 должно быть округленно до 46, а 45,4 до 45.

Злокачественные новообразования - означает любое злокачественное новообразование, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа. Диагноз должен поддерживаться гистологическими или в случае системных злокачественных новообразований - цитологическими доказательствами. **Исключаются из страхового покрытия:**

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

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

Заболевания кожи следующих типов:

a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

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

Злокачественные новообразования на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).

Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) (ICD 91.10).

Кардиохирургия (все операции на сердце/операции на сердце) - операции, направленные на восстановление кровотока в артериях сердца путем обхода участка уменьшения (блокировки) одной или нескольких коронарных артерий с помощью шунтирующих шунтов (шунтов); замена или лечение одного или нескольких клапанов сердца; ангиопластика, стентирование, хирургическое лечение нарушений ритма сердца в соответствии с врачебной рекомендацией кардиолога. Диагноз устанавливается в течение срока действия программы страхования и подтверждается результатами, полученными с помощью визуализации. Катетеризация сердца (в том числе ангиография) не должна классифицироваться как операция на сердце и не является страховым событием.

Под хирургией понимается инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и / или раны и/или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного. Диагноз устанавливается в течение срока действия программы страхования и подтверждается результатами визуальных тестов, а также врачом, утвержденным Страховщиком. Вмешательство обусловлено медицинскими показаниями, и это соответствует условиям и положениям этого покрытия и его исключений.

Нейрохирургия/Нейрохирургическая операция - любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на мозге или других внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга и его оболочек. Диагноз, послуживший причиной операции, должен быть установлен впервые во время периода непрерывного страхования. Нейрохирургические операции не включают хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, вызванными травмами, другими заболеваниями спинного мозга и его оболочек, помимо доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами.

Под хирургией понимается инвазивная стационарная операция, выполняемая в больнице (включая дневное отделение) зарегистрированным хирургом, проникающая в ткани для лечения заболевания и/или раны и/или восстановления дефицита или деформации в теле Застрахованного. Диагноз устанавливается в течение срока действия программы страхования и подтверждается результатами, полученными с помощью визуализации, а также врачом, утвержденным Страховщиком. Вмешательство обусловлено медицинскими показаниями, и это соответствует условиям и положениям этого покрытия и его исключений.

2. Территория

2.1 Территория действия страхования – весь мир, если Договором не предусмотрено иное.

2.2. Территория оказания услуг – Израиль, Испания, Турция, Южная Корея, Российская Федерация, если Договором не предусмотрено иное.

3. Действие страхования. Временная франшиза (период ожидания)

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

Договором страхования может быть предусмотрен иной срок страхования по настоящей Программе.

3.2. Временная франшиза (период ожидания):

3.2.1. Страхование по риску «Злокачественные новообразования», «Кардиохирургия», «Нейрохирургия» вступает в силу по истечении периода ожидания, равного 120 (Сто двадцать) дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты вступления в силу Программы страхования.

3.2.2. Страховой случай, произошедший в период ожидания, не покрывается Программой страхования.

3.2.3. Договором страхования может быть предусмотрено отсутствие временной франшизы (периода ожидания).

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

3.4. В случае истечения срока действия Программы страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с момента истечения срока действия программы страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия программы страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (Тридцати) последовательных дней (если иной срок не предусмотрен Договором) после истечения срока действия программы страхования.

2. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

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

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

- осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами;
- диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по согласованию Страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
- лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию.
- имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более эквивалента 900 000 (девятьсот тысяч) рублей или 15 000 долларов США в год на один страховой случай, если иная сумма не предусмотрена Договором страхования.
- лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.

5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая:

5.1. В целях предоставления услуг по организации медицинских и иных услуг в рамках Программы страхования предоставляется выделенная телефонная линия с бесплатным телефонным номером, указанным в Программе и (или) Договоре.

5.2. При наличии заинтересованности в получении услуг Застрахованный может обращаться по указанному номеру телефона, его звонок фиксируется, обращение Застрахованного принимает представитель Страховщика (представитель уполномоченной организации, привлеченной Страховщиком для организации оказания Застрахованному услуг, предусмотренных программой страхования).

5.3. При осуществлении звонка на выделенную телефонную линию Застрахованный выбирает тип запроса из предложенного меню: заявить о страховом случае (для организации лечения злокачественных новообразований).

5.4. При осуществлении звонка на выделенную телефонную линию Застрахованный обязан сообщить свое полное имя, дату рождения, наименование страховой компании, наименование страхового продукта (по возможности), полное имя, дату рождения и степень родства третьего лица, которому необходимо представление услуги (для семейных опций), причину обращения (диагноз/область медицины), контактные данные для обратной связи (номер телефона, дополнительный номер телефона доверенного лица (при наличии), адрес электронной почты).

5.5. Документы, необходимые для подтверждения страхового случая:

- копия паспорта;
- копия паспорта представителя Застрахованного лица;
- уведомление о страховом случае;
- копия договора страхования;
- направление лечащего врача на плановое стационарное лечение, при наличии;
- медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации);
- результаты проведенных анализов;
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;
- медицинский документ об отсутствии обращений - за последние 5 (Пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания);
- в случае если обращается представитель Застрахованного – копия нотариальной доверенности установленной формы;
- документ, удостоверяющий личность получателя выплаты;
- банковские реквизиты и другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке;
- иные документы, указанные в разделе 7 Правил страхования.

Если из содержания документов, представленных Страховщику в соответствии с п.5.5 настоящей Программы, невозможно установить права на получение страховой выплаты, достоверные обстоятельства и причины наступления страхового случая или определить размер причиненных убытков, Страховщик может предложить представить дополнительные документы, позволяющие установить обстоятельства и причины наступления страхового случая, размер причиненных убытков и права на получение страховой выплаты. Страховщик также вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства и причины страхового случая, права получателя страховой выплаты, а также размер причиненных убытков для него известны или очевидны.

5.6. Порядок взаимодействия при наступлении страхового случая

5.6.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая;

5.6.2. Застрахованный обязан до обращения в медицинское учреждение (до получения медицинской помощи) сообщить Страховщику о наступлении страхового случая любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), в течение 30 дней (если иной срок не предусмотрен Договором) после того как ему стало известно о наступлении страхового случая (с даты установления Застрахованному диагноза заболевания, подлежащего лечению методами, указанными в Программе).

5.6.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы (в соответствии с перечнем в п. 5.5 настоящей Программы) для установления факта страхового случая и определения размера страховой выплаты.

5.6.4. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы и сведения, связанные со страховым случаем, у медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

5.6.5. Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты получения указанных в п.5.5 настоящей Программы документов принимает решение о признании или не признании события страховым случаем.

При непризнании события страховым случаем Страховщик в течение 2 (двух) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты непризнания события страховым случаем информирует по электронной почте Страхователя, Застрахованное лицо и медицинское учреждение о непризнании события страховым случаем и в течение 3 (трех) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) с даты непризнания события страховым случаем направляет Страхователю, Застрахованному лицу и медицинскому учреждению уведомление об отсутствии оснований для страховой выплаты.

5.6.6. Если договором страхования не предусмотрено иное, для принятия решения Страховщик в соответствии с п. 5.5 настоящей Программы может предложить предоставить дополнительные документы в течение 3 (трех) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором) и письменно информирует об этом Страхователя, Застрахованного с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов.

Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет 3 (три) рабочих дня (если иной срок не предусмотрен Договором) со дня их предоставления.

5.7. При признании события страховым случаем Страховщик организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии с Программой страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с даты предоставления полного пакета указанных в п.5.5. настоящей Программы документов, необходимых для организации услуг, предусмотренных настоящей Программой.

В случае осуществления страховой выплаты путем перечисления Страховщиком денежных средств за оказанные Застрахованному лицу услуги в соответствии с условиями договора, заключенного Страховщиком с медицинскими и иными учреждениями, оплата их помощи и услуг производится путем безналичных расчетов авансом или по счету, выставленному за фактически оказанные помощь и услуги, предусмотренные Программой страхования, в течение 14

(четырнадцать) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента предоставления всех необходимых документов, предусмотренных п.5.5 настоящей Программы.

В случае осуществления страховой выплаты путем возмещения понесенных Застрахованным лицом или Страхователем расходов на оплату предусмотренных применяемыми в соответствии с Договором страхования Программами страхования услуг, Страховщик производит страховую выплату в течение 14 (четырнадцать) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с момента предоставления всех необходимых документов, предусмотренных 5.5 настоящей Программы.

5.8. Для оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой, медицинское учреждение выбирает Страховщик.

5.7.1. Выбор медицинского учреждения производится на основании трех основных критериев:

1) профиль медицинского учреждения: тип заболевания; возраст клиента; сопутствующие заболевания; стадия заболевания - на основании этого подбирается врач, наиболее сильный в конкретном виде медицинской задачи.

2) скорость получения медицинской помощи: если состояние требует срочной медицинской помощи, рекомендуется клиника с более коротким сроком ожидания.

3) географическое расположение.

В любом случае, Застрахованное лицо в письменной форме получает подробное описание о враче и клинике, подобранных для него, с указанием, почему был выбран тот или иной специалист и медицинское учреждение.

5.9. Договором страхования может быть предусмотрен иной не противоречащий действующему законодательству Российской Федерации порядок взаимодействия при наступлении страхового случая.

6. Исключения из страхового покрытия

6.1. В рамках страхования по настоящей Программе не подлежат оплате следующие услуги:

6.1.1. услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги не указанные в п. 4 настоящей Программы страхования.

6.1.2. услуги, оказанные вне сроков действия договора страхования, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящей программой.

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

6.1.4. услуги, прямо не предусмотренные настоящей программой;

6.1.5. психириургия;

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

6.1.7. лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

6.1.8. хирургические операции по трансплантации органов любого вида.

6.1.9. медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцией по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции молочных желез после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках программы страхования и в соответствии с ее условиями;

6.1.10. услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);

6.1.11. услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.

6.2. Не является страховым случаем обращение в медицинскую организацию и (или) иную организацию для организации и (или) оказания медицинских и иных услуг:

6.2.1. при заболеваниях и состояниях не предусмотренных настоящей программой и/или которые возникли до окончания периода ожидания (временной франшизы) или после расторжения договора страхования;

6.2.2. предусмотренных настоящей программой, лица, не являющиеся Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой;

6.2.3. не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;

6.2.4. в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);

6.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

6.2.6. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

6.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

6.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим во время или в результате управления Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

6.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

6.2.10. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;

6.2.11. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.

6.2.12. в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);

6.2.13. не предусмотренных настоящей Программой добровольного медицинского страхования;

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

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

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

6.2.17. в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования или выбор которых не был согласован с Страховщиком;

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

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

7. Перечень услуг, заболеваний, состояний, событий, методов диагностики и лечения, не

возмещаемых Страховщиком расходов (п.6 настоящей Программы) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

8. Перечень исключений из Программы страхования

8.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

8.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

8.3. Если какое-либо положение раздела 8 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-7 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-7 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 21 «ПАРИмед»

1. Страховые случаи

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

1.2. В рамках настоящей Программы страховым случаем по услуге «Телемедицина» является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в сервисную компанию, указанную в Договоре страхования, для получения в течение срока страхования предусмотренных настоящей Программой страхования услуг при развитии в течение срока страхования острых заболеваний, обострении хронических заболеваний и иных состояний.

2. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

2.1. Вариант 1

2.1.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

- высококвалифицированная лечебно-диагностическая и консультативная медицинская помощь врачами-специалистами (первичные, повторные, консультативные приемы): терапевт, невролог, офтальмолог, гастроэнтеролог, кардиолог, хирург, отоларинголог, дерматолог, аллерголог-иммунолог, проктолог, гинеколог, эндокринолог, уролог, пульмонолог, нефролог, травматолог, инфекционист, врач- ЛФК, гематолог, ревматолог, маммолог, онколог, фтизиатр, флеболог, физиотерапевт, психиатр, психотерапевт - первичные консультации;

- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности, выписка из медицинской карты по форме 027/у, оформление рецептов (за исключением льготных);

2.1.2. Диагностические исследования:

а) лабораторная диагностика:

общеклинические, биохимические, гормональные, гистологические, цитологические, бактериологические – 1 раз за период страхования, иммунологические, серологические исследования (включая определение группы крови, маркеров гепатитов, антител к ВИЧ, аутоантител к тканям щитовидной железы, Ig E общий, иммуноглобулинов А, М, G общ., постановку реакции Вассермана); молекулярно-биологические исследования, в т.ч. методом ПЦР № 6 за период страхования;

б) лучевая диагностика:

- рентгенологическая - рентгенография (включая маммографию), рентгеноскопия, флюорография;

- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (без контрастирования) - в различных режимах, 2 раза за период страхования по Гарантийному письму в клинику по выбору Страховщика; ультразвуковые исследования с применением современных технологий, ультразвуковые исследования сосудов – 1 раз за период страхования.

- эндоскопическая диагностика с применением ультратонкой волоконной оптики, с ПЦР-диагностикой;

- диагностическая биопсия, в том числе с применением радиохирургических методик;

- функциональная диагностика, включая ЭКГ, ВЭМ, РЭГ, ФВД, суточное мониторирование АД и ЭКГ – 1 раз за период страхования, ЭХО-КГ с доплеровским анализом;

- аллергодиагностика с постановкой скарификационных проб и определением иммуноглобулинов – № 10 за период страхования;

- исследование онкомаркеров № 3 за период страхования.

2.1.3. Реабилитационно - восстановительное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях (по медицинским показаниям):

- широкий спектр физиотерапевтических процедур на современной аппаратуре с использованием преформированных физических факторов (электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия и лазеротерапия, микроволновая терапия) – не более 2 видов процедур по № 10 за период страхования;

- классический массаж № 10 за период страхования;

- лечебная физкультура - занятия в группе № 10 за период страхования;

- классическая корпоральная иглорефлексотерапия № 5 за период страхования;

- мануальная терапия № 5 за период страхования.

2.1.4. Помощь на дому врача терапевта в пределах МКАД/КАД или административных границ города:

Медицинская помощь на дому оказывается застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебно-профилактическое учреждение: первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому; выдача и продление листка нетрудоспособности. При невозможности самостоятельного вызова застрахованное лицо обращается в консультативно-диспетчерскую службу Страховщика.

2.2. Вариант 2

2.2.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

- высококвалифицированная лечебно-диагностическая и консультативная медицинская помощь врачами-специалистами (первичные, повторные, консультативные приемы): терапевт, невролог, офтальмолог, гастроэнтеролог, кардиолог, хирург, отоларинголог, дерматолог, аллерголог-иммунолог, проктолог, гинеколог, эндокринолог, уролог, пульмонолог, нефролог, травматолог, инфекционист, врач- ЛФК, гематолог, ревматолог, маммолог, онколог, фтизиатр, флеболог, физиотерапевт, психиатр, психотерапевт - первичные консультации;

- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности, выписка из медицинской карты по форме 027/у, оформление рецептов (за исключением льготных);

2.2.2. Диагностические исследования:

а) лабораторная диагностика:

- общеклинические, биохимические, гормональные, гистологические, цитологические, бактериологические – 1 раз за период страхования, иммунологические, серологические исследования (включая определение группы крови, маркеров гепатитов, антител к ВИЧ, аутоантител к тканям щитовидной железы, Ig E общий, иммуноглобулинов А, М, G общ., постановку реакции Вассермана); молекулярно-биологические исследования, в т.ч. методом ПЦР № 6 за период страхования;

- Check up: забор крови на показатели: альбумин; гамма-ГТ; общий белок; лактатдегидрогеназа (ЛДГ); мочевая кислота; медь; сывороточное железо; триглицериды; фосфор; цинк; холестерин общий;

- консультация терапевта с составлением индивидуальных рекомендаций;

б) лучевая диагностика:

- рентгенологическая - рентгенография (включая маммографию), рентгеноскопия, флюорография;

- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (без контрастирования) - в различных режимах, 2 раза за период страхования по Гарантийному письму в клинику по выбору Страховщика; ультразвуковые исследования с применением современных технологий, ультразвуковые исследования сосудов – 1 раз за период страхования.

- эндоскопическая диагностика с применением ультратонкой волоконной оптики, с ПЦР-диагностикой;

- диагностическая биопсия, в том числе с применением радиохирургических методик;

- функциональная диагностика, включая ЭКГ, ВЭМ, РЭГ, ФВД, суточное мониторирование АД и ЭКГ – 1 раз за период страхования, ЭХО-КГ с доплеровским анализом;

- аллергодиагностика с постановкой скарификационных проб и определением

иммуноглобулинов – № 10 за период страхования;

- исследование онкомаркеров № 3 за период страхования.

2.2.3. Реабилитационно - восстановительное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях (по медицинским показаниям):

- широкий спектр физиотерапевтических процедур на современной аппаратуре с использованием преформированных физических факторов (электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия и лазеротерапия, микроволновая терапия) – не более 2 видов процедур по № 10 за период страхования;

- классический массаж № 10 за период страхования;

- лечебная физкультура - занятия в группе № 10 за период страхования;

- классическая корпоральная иглорефлексотерапия № 5 за период страхования;

- мануальная терапия № 5 за период страхования;

2.2.4. Помощь на дому врача терапевта в пределах МКАД/КАД или административных границ города:

Медицинская помощь на дому оказывается Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебно-профилактическое учреждение: первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому; выдача и продление листка нетрудоспособности. При невозможности самостоятельного вызова застрахованное лицо обращается в консультативно-диспетчерскую службу Страховщика.

2.3. Вариант 3

2.3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

- высококвалифицированная лечебно-диагностическая и консультативная медицинская помощь врачами-специалистами (первичные, повторные, консультативные приемы): терапевт, невролог, офтальмолог, гастроэнтеролог, кардиолог, хирург, отоларинголог, дерматолог, аллерголог-иммунолог, проктолог, гинеколог, эндокринолог, уролог, пульмонолог, нефролог, травматолог, инфекционист, врач- ЛФК, гематолог, ревматолог, маммолог, онколог, фтизиатр, флеболог, физиотерапевт, психиатр, психотерапевт - первичные консультации;

- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности, выписка из медицинской карты по форме 027/у, оформление рецептов (за исключением льготных);

2.3.2. Диагностические исследования:

а) лабораторная диагностика:

- общеклинические, биохимические, гормональные, гистологические, цитологические, бактериологические – 1 раз за период страхования, иммунологические, серологические исследования (включая определение группы крови, маркеров гепатитов, антител к ВИЧ, аутоантител к тканям щитовидной железы, Ig E общий, иммуноглобулинов А, М, G общ., постановку реакции Вассермана); молекулярно-биологические исследования, в т.ч. методом ПЦР № 6 за период страхования;

- Check up: забор крови на показатели: альбумин; гамма-ГТ; общий белок; лактатдегидрогеназа (ЛДГ); мочевиная кислота; медь; сывороточное железо; триглицериды; фосфор; цинк; холестерин общий;

- консультация терапевта с составлением индивидуальных рекомендаций;

б) лучевая диагностика:

- рентгенологическая - рентгенография (включая маммографию), рентгеноскопия, флюорография;

- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (без контрастирования) - в различных режимах, 2 раза за период страхования по Гарантийному письму в клинику по выбору Страховщика; ультразвуковые исследования с применением современных технологий, ультразвуковые исследования сосудов – 1 раз за период страхования;

- эндоскопическая диагностика с применением ультратонкой волоконной оптики, с ПЦР-диагностикой;

- диагностическая биопсия, в том числе с применением радиохирургических методик;

- функциональная диагностика, включая ЭКГ, ВЭМ, РЭГ, ФВД, суточное мониторирование АД и ЭКГ – 1 раз за период страхования, ЭХО-КГ с доплеровским анализом;

- аллергодиагностика с постановкой скарификационных проб и определением иммуноглобулинов – № 10 за период страхования;
- исследование онкомаркеров № 3 за период страхования.

2.3.3. Телемедицина

а) объем предоставляемых услуг: три срочные консультации дежурного врача (терапевта или педиатра), выполняемые круглосуточно семь дней в неделю в течении срока действия договора страхования;

б) порядок обращения за услугами: для получения консультации врача медицинского учреждения, указанного в Договоре и (или) Программе, в формате онлайн-консультации необходимо:

- скачать программное обеспечение, указанное в Договоре и (или) Программе страхования, по ссылке, указанной в Договоре и (или) Программе страхования;
- зарегистрироваться;
- выбрать необходимого специалиста, удобный день, время для связи и оформить запись.

При возникновении вопросов относительно использования сервиса, обратитесь по телефону технической поддержки, указанному в Договоре и (или) Программе страхования.

в) исключения из страхового покрытия:

- не является страховым случаем и оплата услуг Телемедицины по настоящей Программе не производится в случаях, когда Застрахованному лицу оказываются услуги Телемедицины, предусмотренные Программой, до начала или после окончания срока действия договора страхования, а так же сверх количества (лимита) консультаций указанных в программе страхования.

- по настоящей Программе не подлежат оплате услуги Телемедицины, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе:

- плановые консультации врачей специалистов;
- вызовы врача на дом;
- услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях;
- услуги по инструментальной и лабораторной диагностике;
- услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи.
- плановые консультации узкого специалиста.

2.3.4. Реабилитационно - восстановительное лечение в амбулаторно - поликлинических условиях (по медицинским показаниям):

- широкий спектр физиотерапевтических процедур на современной аппаратуре с использованием преформированных физических факторов (электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия и лазеротерапия, микроволновая терапия) – не более 2 видов процедур по № 10 за период страхования;

- классический массаж № 10 за период страхования;
- лечебная физкультура - занятия в группе № 10 за период страхования;
- классическая корпоральная иглорефлексотерапия № 5 за период страхования;
- мануальная терапия № 5 за период страхования.

2.3.5. Помощь на дому врача терапевта в пределах МКАД/КАД или административных границ города:

Медицинская помощь на дому оказывается застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебно-профилактическое учреждение: первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому; выдача и продление листка нетрудоспособности. При невозможности самостоятельного вызова застрахованное лицо обращается в консультативно-диспетчерскую службу Страховщика.

2.4. Вариант 4

2.4.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

- высококвалифицированная лечебно-диагностическая и консультативная медицинская помощь врачами-специалистами (первичные, повторные, консультативные приемы): терапевт, невролог, офтальмолог, гастроэнтеролог, кардиолог, хирург, отоларинголог, дерматолог, аллерголог-иммунолог, проктолог, гинеколог, эндокринолог, уролог, пульмонолог, нефролог, травматолог, инфекционист, врач- ЛФК, гематолог, ревматолог, маммолог, онколог, фтизиатр,

флеболог, физиотерапевт, психиатр, психотерапевт - первичные консультации;

- оформление медицинской документации: экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности, выписка из медицинской карты по форме 027/у, оформление рецептов (за исключением льготных);

2.4.2. Диагностические исследования:

а) лабораторная диагностика:

- общеклинические, биохимические, гормональные, гистологические, цитологические, бактериологические – 1 раз за период страхования, иммунологические, серологические исследования (включая определение группы крови, маркеров гепатитов, антител к ВИЧ, аутоантител к тканям щитовидной железы, Ig E общий, иммуноглобулинов А, М, G общ., постановку реакции Вассермана); молекулярно-биологические исследования, в т.ч. методом ПЦР № 6 за период страхования;

- Check up: Забор крови на показатели: альбумин; гамма-ГТ; общий белок; лактатдегидрогеназа (ЛДГ); мочевиная кислота; медь; сывороточное железо; триглицериды; фосфор; цинк; холестерин общий;

- консультация терапевта с составлением индивидуальных рекомендаций;

б) лучевая диагностика:

- рентгенологическая - рентгенография (включая маммографию), рентгеноскопия, флюорография;

- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (без контрастирования) - в различных режимах, 2 раза за период страхования по Гарантийному письму в клинику по выбору Страховщика; ультразвуковые исследования с применением современных технологий, ультразвуковые исследования сосудов – 1 раз за период страхования;

- эндоскопическая диагностика с применением ультратонкой волоконной оптики, с ПЦР-диагностикой;

- диагностическая биопсия, в том числе с применением радиохирургических методик;

- функциональная диагностика, включая ЭКГ, ВЭМ, РЭГ, ФВД, суточное мониторирование АД и ЭКГ – 1 раз за период страхования, ЭХО-КГ с доплеровским анализом;

- аллергодиагностика с постановкой скарификационных проб и определением иммуноглобулинов – № 10 за период страхования;

- Исследование онкомаркеров № 3 за период страхования.

2.4.3. Телемедицина

а) объем предоставляемой услуг: три срочные консультации дежурного врача (терапевта или педиатра), выполняемые круглосуточно семь дней в неделю в течении срока действия договора страхования;

б) порядок обращения за услугами: для получения консультации врача медицинского учреждения, указанного в Договоре и (или) Программе, в формате онлайн-консультации необходимо:

- скачать программное обеспечение, указанное в Договоре и (или) Программе страхования, по ссылке, указанной в Договоре и (или) Программе страхования;

- зарегистрироваться;

- выбрать необходимого специалиста, удобный день, время для связи и оформить запись.

При возникновении вопросов относительно использования сервиса, обратитесь по телефону технической поддержки по телефону, указанному в Договоре и (или) в Программе страхования

в) исключения из страхового покрытия:

- не является страховым случаем и оплата услуг Телемедицины по настоящей Программе не производится в случаях, когда Застрахованному лицу оказываются предусмотренные Программой услуги Телемедицины до начала или после окончания срока действия договора страхования, а так же сверх количества (лимита) консультаций указанных в Программе страхования.

- по настоящей Программе не подлежат оплате услуги Телемедицины, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой, в том числе:

- плановые консультации врачей специалистов;

- вызовы врача на дом;

- услуги, оказываемые в условиях дневного стационара и в стационарных условиях;

- услуги по инструментальной и лабораторной диагностике;
- услуги по вызову скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи.
- плановые консультации узкого специалиста.

2.4.4. Реабилитационно - восстановительное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях (по медицинским показаниям):

- широкий спектр физиотерапевтических процедур на современной аппаратуре с использованием преформированных физических факторов (электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия и лазеротерапия, микроволновая терапия) – не более 2 видов процедур по № 10 за период страхования;

- классический массаж № 10 за период страхования;
- лечебная физкультура - занятия в группе № 10 за период страхования;
- классическая корпоральная иглорефлексотерапия № 5 за период страхования;
- мануальная терапия № 5 за период страхования.

2.4.5. Помощь на дому врача терапевта в пределах МКАД/КАД или административных границ города:

Медицинская помощь на дому оказывается Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебно-профилактическое учреждение: первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому; выдача и продление листка нетрудоспособности. При невозможности самостоятельного вызова застрахованное лицо обращается в консультативно-диспетчерскую службу Страховщика.

2.4.6. Стоматологическая помощь в объеме:

- консультации врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога с составлением плана лечения;

- диагностика стоматологических заболеваний рентгенография, визиография, ортопантомограмма;

- анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интратригементарная;

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием светоотверждаемых пломбировочных материалов и стеклоиономерных цементов при сохранении 1/2 и более объема коронки зуба. Установка анкерных штифтов по медицинским показаниям;

- лечение острого и обострения хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения. Механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов гуттаперчей методом латеральной конденсации, системой термофил;

- снятие наддесневых зубных отложений по медицинским показаниям ультразвуковым методом и отбеливание эмали методом «Air-Flow» 1 раз за период прикрепления;

- покрытие зубов фторлаком по медицинским показаниям 1 раз за период прикрепления;

- лечение острых состояний заболеваний тканей пародонта легкой и средней степени тяжести, включая медицинскую обработку пародонтальных карманов, аппликации лекарственных препаратов, наложение лечебных повязок в области до 8 зубов включительно (однократно за период прикрепления);

- удаление зубов, включая зубы «мудрости», ретинированные и дистопированные зубы по острым показаниям; послабляющие разрезы; механическая и медикаментозная остановка кровотечения, наложение и снятие швов, перевязки после хирургического лечения;

- иссечение капюшона при перикоронорите, лечение альвеолита, вскрытие абсцессов;

- лечение острых заболеваний слизистой оболочки полости рта: острого герпетического стоматита, язвенно-некротического стоматита, кандидоза.

2.4.7. Скорая и неотложная медицинская помощь (в пределах МКАД/КАД/Административные границы города) осуществляется через медицинский пульт Страховщика

Выезд бригады скорой помощи, проведение необходимой экспресс- диагностики, экстренные лечебные манипуляции и купирование неотложных состояний, экстренная транспортировка в стационар. Организовывается через круглосуточную консультативно-диспетчерскую службу Страховщика.

2.4.8. Стационарное обслуживание по экстренным и плановым показаниям

Обследование и лечение проводятся по поводу состояния (заболевания), послужившего причиной госпитализации (страхового случая), и включает:

- пребывание преимущественно в палате согласно Программе страхования, лечебное питание, уход медицинского персонала. В случае экстренной госпитализации при отсутствии свободных мест в палатах согласно Программе страхования, застрахованный может быть размещен в общую палату с обязательным дальнейшим переводом в палату, предусмотренную программой страхования;

- пребывание в отделении интенсивной терапии и реанимации;
- лабораторную, инструментальную и программно-аппаратную диагностику;
- консервативное и/или хирургическое лечение, в том числе эндоскопические операции на органах брюшной полости и малого таза, ударно-волновую терапию (литотрипсия);
- консультации специалистов;
- анестезиологические пособия;
- лечебно-диагностические манипуляции и процедуры с обеспечением современными лекарственными препаратами;
- физиотерапию, ЛФК, классический лечебный массаж, рефлексотерапию, другие методы восстановительного лечения.

4. Перечень исключений из Программы страхования

4.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

4.3. Если какое-либо положение раздела 4 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-3 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-3 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 22 «Детская»

1. Страховые случаи

1.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования и согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских и иных услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, несчастных случаев, травм, ожогов и обморожений.

Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по Договору, заключенному между Страхователем и Страховщиком. Застрахованными лицами в рамках добровольного медицинского страхования могут быть граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства.

Медицинская организация - Юридическое лицо любой организационно-правовой формы, осуществляющее свою медицинскую деятельность на основании полученной лицензии в установленном законом порядке.

Сервисная компания - сервисная или ассистанская компания (учреждение), имеющая договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающая помощь по репатриации в связи с внезапным заболеванием, несчастным случаем или смертью.

2. Порядок обращения за медицинской помощью

Медицинская помощь организуется при обращении на медицинский пулть АО «СК «ПАРИ» по тел. **8 903 799 15 22 (круглосуточно)**. Обращение Застрахованного в медицинское учреждение, предварительно не согласованное со Страховщиком не является страховым событием.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок обращения за медицинской помощью.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы

3.1. Вариант 1

3.1.1. «Стационарная помощь» - оказание специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

Предусматривает: диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния), послужившего причиной госпитализации; хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами; консультации и другие профессиональные услуги врачей; лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства; пребывание в общей палате, питание, уход медицинского персонала.

3.1.2. «Скорая и неотложная медицинская помощь» (в пределах МКАД/КАД/административных границ города) - оказание специализированной медицинской помощи в неотложной форме:

Выезд бригады скорой помощи, проведение необходимой экспресс- диагностики, экстренные лечебные манипуляции и купирование неотложных состояний, экстренная транспортировка в стационар. Организовывается через круглосуточную консультативно-диспетчерскую службу Страховщика.

3.1.3. «Репатриация» - В случае смерти Застрахованного лица, Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

- а) сбор, оформление документов, необходимых для транспортировки останков;
- б) подготовку останков к транспортировке, включая гроб минимально необходимого для

транспортировки уровня;

в) транспортировку останков до международного транспортного узла страны постоянного проживания (аэропорта, вокзала, порта), в котором постоянно проживало Застрахованное лицо.

Выбор способа транспортировки останков и исполнителей услуг при репатриации останков осуществляет Страховщик.

3.2. Вариант 2

3.2.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

- приемы врачей следующих специальностей: Терапевт/педиатр, хирург;

- оформление и предоставление Застрахованному лицу необходимой медицинской документации в соответствии с действующими Правилами медицинского учреждения (выписка из амбулаторной карты, справка учащемуся по состоянию здоровья для предоставления по месту требования в учебное заведение, кроме оформления листов нетрудоспособности);

- инструментальная диагностика – функциональная (ЭКГ, исследование функции внешнего дыхания), рентгенологическая в полном объеме (кроме рентгенконтрастных методов, исследований с функциональными пробами);

- общие манипуляции и процедуры (проведение подкожных, внутримышечных инъекций);

- лабораторная диагностика: общеклинические (общий анализ крови, мочи, кала), биохимические исследования (АЛТ, АСТ, общий белок, общий билирубин, глюкоза, креатинин, мочевины);

- малые хирургические вмешательства по экстренным показаниям в рамках амбулаторно-поликлинической помощи, выполняемые в условиях амбулаторно-поликлинической помощи.

3.2.2. «Стационарная помощь» - оказание специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

Предусматривает: диагностические, лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния), послужившего причиной госпитализации; хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами; консультации и другие профессиональные услуги врачей; лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства; пребывание в общей палате, питание, уход медицинского персонала.

3.2.3. «Скорая и неотложная медицинская помощь» (в пределах МКАД/КАД/административных границ города) - оказание специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

Выезд бригады скорой помощи, проведение необходимой экспресс- диагностики, экстренные лечебные манипуляции и купирование неотложных состояний, экстренная транспортировка в стационар. Организовывается через круглосуточную консультативно-диспетчерскую службу Страховщика.

3.2.4. «Репатриация» - В случае смерти Застрахованного лица, Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

а) сбор, оформление документов, необходимых для транспортировки останков;

б) подготовку останков к транспортировке, включая гроб минимально необходимого для транспортировки уровня;

в) транспортировку останков до международного транспортного узла страны постоянного проживания (аэропорта, вокзала, порта), в котором постоянно проживало Застрахованное лицо.

Выбор способа транспортировки останков и исполнителей услуг при репатриации останков осуществляет Страховщик.

4. Исключения из Программы страхования:

4.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское и (или) иное учреждение (организацию, службу) с целью получения медицинской помощи, лекарственной помощи, иных услуг по окончании срока страхования, за исключением случаев экстренной госпитализации Застрахованного лица, начавшейся в течение срока страхования, но не более 30 календарных дней (если договором страхования не предусмотрен иной срок) госпитализации после окончания срока страхования.

4.2. Перечень услуг, заболеваний, состояний, событий, методов диагностики и лечения, не

возмещаемых Страховщиком расходов (п.4 настоящей Программы) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.

5. Перечень исключений из Программы страхования

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Если какое-либо положение раздела 5 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-4 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-4 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 23 «Семья»

1. Общие положения

1.1. По настоящей Программе страхования Страховщик обеспечивает страховую защиту физическим лицам в возрасте от 18 до 70 лет.

2. Страховой случай

2.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (оказание услуг в медицинских организациях) по планированию семьи, диагностике и лечению бесплодия и других репродуктивных технологий:

3.1.1. Первичные и повторные приемы, осмотры, консультации врачами по следующим специальностям – акушерство и гинекология, аллергология и иммунология, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, инфекционные болезни, кардиология, проктология, лечебная физкультура, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, остеопатия, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пульмонология, ревматология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология;

3.1.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования; электрокардиография (ЭКГ); рентгенологические исследования; ультразвуковые исследования; общеклинические, биохимические, бактериологические исследования; исследования методом ИФА; исследование уровня половых гормонов; пренатальная диагностика;

3.1.3. Предоставление донорского материала по согласованию со страховой компанией;

3.1.4. Услуги среднего медицинского персонала.

4. Порядок обращения за медицинскими услугами по Программе страхования

4.1. Медицинские услуги по настоящей Программе страхования оказываются:

4.1.1. При наличии Договора (Полиса) страхования и документа удостоверяющего личность Застрахованного лица;

4.1.2. В медицинской организации по выбору Страховщика в соответствии с режимом работы медицинской организации.

4.2. При необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию из списка к Программе страхования, согласованную Страховщиком.

4.3. Доверенный врач медицинской организации по согласованию со Страховщиком направляет Застрахованное лицо на консультации специалистов в соответствии с условиями Программы страхования.

5. Перечень исключений из Программы страхования

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Если какое-либо положение раздела 5 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-4 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-4 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 24 «Семья плюс»

1. Общие положения

1.1. По настоящей Программе страхования Страховщик обеспечивает страховую защиту физическим лицам в возрасте от 18 до 80 лет.

2. Страховой случай

2.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (оказание услуг в медицинских организациях):

3.1.1. Первичные и повторные приемы, осмотры, консультации врачами по следующим специальностям – акушерство и гинекология, аллергология и иммунология, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, инфекционные болезни, кардиология, проктология, лечебная физкультура, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, остеопатия, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пульмонология, ревматология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология;

3.1.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования; электрокардиография (ЭКГ); рентгенологические исследования; общеклинические, биохимические, бактериологические исследования, исследования методом ИФА;

3.1.3. По планированию семьи, введению, удалению ВМС, исследованию уровня половых гормонов, расстройств, диагностике и лечению бесплодия и других репродуктивных технологий, включая программы наблюдения при беременности с учетом стандартов здравоохранения;

3.1.4. Услуги среднего медицинского персонала.

3.2. Услуги стационара:

3.2.1. Диагностические, лечебные, в том числе:

- консультации врачей-специалистов (терапевта, невролога, гинеколога, аллерголога, гастроэнтеролога, дерматовенеролога, кардиолога, отоларинголога, офтальмолога, ревматолога, травматолога, хирурга, эндокринолога, уролога, нефролога, проктолога, гематолога, пульмонолога, онколога, инфекциониста, рефлексотерапевта, мануального терапевта, физиотерапевта, врача ЛФК);

- лабораторные исследования: анализы крови и других биологических сред организма (общеклинические, биохимические, гормональные, бактериологические, иммунологические, серологические, цитологические, микологические, исследование на дисбактериоз, ПЦР-диагностика, маркеры онкологических заболеваний);

- инструментальные методы исследования: велоэргометрия, тредмил-тест, электрокардиография, Эхо-КГ, холтеровское (суточное) мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, доплеровское исследование сосудов, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, маммография, фибробронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, радиоизотопные исследования, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография;

- физиолечение: все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диодинамические токи), теплолечение, водолечение, аэрозолетерапия, ультразвуковая терапия, классический лечебный массаж, классическая иглорефлексотерапия, мануальная терапия, групповые занятия ЛФК;

- услуги среднего медицинского персонала;

3.2.2. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

3.2.3. Хирургическое и консервативное лечение;

3.2.4. Медикаментозное обеспечение;

3.2.5. Пребывание в палатах любого уровня комфорта и любой специализации.

3.2.6. Родоразрешение через естественные родовые пути или оперативное родоразрешение по медицинским показаниям.

4. Порядок обращения за медицинскими услугами по Программе страхования

4.1. Медицинские услуги по настоящей Программе страхования оказываются:

4.1.1. При наличии Договора (Полиса) страхования и документа удостоверяющего личность Застрахованного лица;

4.1.2. В медицинской организации по выбору Страховщика в соответствии с режимом работы медицинской организации.

4.2. При необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию из списка к Программе страхования, согласованную Страховщиком.

4.3. Доверенный врач медицинской организации по согласованию со Страховщиком направляет Застрахованного на консультации специалистов в соответствии с условиями Программы страхования.

5. Перечень исключений из Программы страхования

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги, организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Если какое-либо положение раздела 5 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-4 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-4 настоящей Программы страхования.

Программа страхования № 25 «Экспресс-Поликлиника»

1. Общие положения

1.1. По настоящей Программе страхования Страховщик обеспечивает страховую защиту лицам в любом возрасте, не имеющим гражданства Российской Федерации и не имеющим права на обязательное медицинское страхование (ОМС) на территории Российской Федерации при наступлении страхового случая.

2. Страховой случай

2.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и Программой страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных Программой страхования медицинских услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших в течение срока страхования предусмотренных Программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, требующих организации и оказания медицинских и иных предусмотренных Программой страхования услуг.

3. Перечень услуг, предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком в рамках настоящей Программы страхования

3.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (оказание услуг в медицинских организациях):

3.1.1. Первичные и повторные приемы, осмотры, консультации врачами по следующим специальностям – акушерство и гинекология, аллергология и иммунология, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, инфекционные болезни, кардиология, проктология, лечебная физкультура, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, остеопатия, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пульмонология, ревматология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, терапия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, фтизиатрия, наркология;

3.1.2. Диагностические, лабораторные (включая серодиагностику ВИЧ-инфекции и сифилиса) и инструментальные исследования; электрокардиография (ЭКГ); рентгенологические исследования.

4. Порядок обращения за медицинскими услугами по Программе страхования

4.1. Медицинские услуги по настоящей Программе страхования оказываются:

4.1.1. При наличии Договора (Полиса) страхования и документа удостоверяющего личность Застрахованного лица;

4.1.2. В медицинской организации по выбору Страховщика в соответствии с режимом работы медицинской организации.

4.2. При необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию из списка к Программе страхования, согласованную Страховщиком.

4.3. Доверенный врач медицинской организации по согласованию со Страховщиком направляет Застрахованное лицо на консультации специалистов в соответствии с условиями Программы страхования.

5. Перечень исключений из Программы страхования

5.1. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не являются страховыми случаями события, указанные в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования и (или) Программой страхования, по настоящей Программе страхования не подлежат оплате с момента постановки диагноза услуги,

организованные и (или) оказанные по поводу заболеваний, перечисленных в Перечне услуг, обращение за которыми не является страховым случаем (Приложение №2 к Правилам).

5.3. Если какое-либо положение раздела 5 настоящей Программы страхования противоречит положениям раздела 1-4 настоящей Программы страхования, приоритет имеют положения разделов 1-4 настоящей Программы страхования.

**ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ,
ОБРАЩЕНИЕ ЗА КОТОРЫМИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ**

1. Если иное прямо не предусмотрено Программой страхования, не является страховым случаем обращение в медицинскую организацию и (или) иную организацию:

1.1. с целью организации и (или) оказания помощи и услуг, необходимость которых вызвана следующими заболеваниями и (или) состояниями:

1.1.1. острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, состояниями, травмами, ожогами и отравлениями, возникшими до начала действия страхования;

1.1.2. психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и их осложнениями, включая связанные с ними и с употреблением алкоголя, наркотических и других опьяняющих веществ заболевания и травмы;

1.1.3. последствиями умышленного причинения Застрахованным лицом себе вреда, включая попытку самоубийства;

1.1.4. эпилепсией, эпилептиформными синдромами, другими эпизодическими и пароксизмальными расстройствами нервной системы (кроме транзиторных ишемических атак), демиелинизирующими, дегенеративными и атрофическими заболеваниями нервной системы, рассеянным склерозом, экстрапирамидными и другими двигательными нарушениями, болезнью Паркинсона, паркинсонизмом, гидроцефалией, болезнью нервно-мышечного синапса и мышц, детским церебральным параличом; кондуктивной и нейросенсорной потерей слуха; ринопатией;

1.1.5. расстройствами питания и нарушениями обмена веществ, их осложнениями, метаболическим синдромом, сахарным диабетом 1 и 2 типов и его осложнениями, нарушениями толерантности к глюкозе; амилоидозом;

1.1.6. системными поражениями соединительной ткани, васкулитами, болезнью Бехтерева, а также всеми недифференцированными коллагенозами, ревматоидным артритом, ревматизмом, ревматическими болезнями, аутоиммунными заболеваниями (кроме аутоиммунного тиреоидита), бронхиальной астмой, подагрой, заболеваниями крови и кроветворных органов;

1.1.7. хориоретинальной дистрофией, глаукомой вне обострения, макулодистрофией, амблиопией, болезнью хрусталика, косоглазием;

1.1.8. туберкулезом, саркоидозом; экземой, нейродерматитом, атопическим дерматитом, псориазом, алопецией, угревой сыпью, себореей, ксерозом, ихтиозом, генерализованными, микозами;

1.1.9. заболеваниями пародонта, заболеваниями зубов, заболеваниями полости рта и слюнных желёз, требующих стоматологического лечения, в том числе некариозного поражения зубов, если иное не предусмотрено Программой страхования;

1.1.10. заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной и печеночной недостаточностью; неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона;

1.1.11. острой и хронической лучевой болезнью; профессиональными заболеваниями; орфанными заболеваниями;

1.1.12. беременностью и родами, связанными с ними состояниями, в том числе, осложненным течением беременности, осложнениями родов; бесплодием; импотенцией, эректильной дисфункцией; болезнью Пейрони; заболеваниями, связанными с применением различных методов контрацепции;

1.1.13. заболеваниями, состояниями, связанными с добровольным отказом Застрахованного лица от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

1.1.14. заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая СПИД; врожденным или приобретенным иммунодефицитом; инфекционными заболеваниями, передающимися преимущественно половым путём;

1.1.15. хроническими и острыми гепатитами, в том числе вирусными гепатитами и их осложнениями (кроме гепатита А), циррозом, фиброзом печени;

1.1.16. всеми внутричерепными объемными образованиями, новообразованиями; злокачественными новообразованиями, новообразованиями *in situ*, доброкачественными новообразованиями;

1.1.17. заболеваниями, требующими трансплантации, имплантации, протезирования;

1.1.18. врожденными аномалиями, пороками развития, наследственными заболеваниями, вызванными генетическими нарушениями, хромосомными нарушениями, муковисцерозом;

1.1.19. деформирующими дорсопатиями (кроме обострения остеохондроза), пяточной шпорой, вальгусной или варусной деформацией конечностей, всеми формами плоскостопия (в том числе с болевым синдромом); первичным генерализованным остеоартрозом; остеопорозом;

1.1.20. заболеваниями, включенными в утверждаемый органами власти перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, чесоткой, педикулезом, коронавирусной инфекцией *sars-cov-2*;

1.1.21. заболеваниями, травмами, увечьями, полученными в результате террористических актов, противоправных деяний самого Застрахованного лица, участия в несанкционированных митингах, демонстрациях, беспорядках или военных действиях, во время стихийных бедствий, при обращении с оружием, в том числе нелетальным;

1.1.22. заболеваниями, состояниями, в том числе травмами, связанными с занятием Застрахованным лицом спортом на любительском или профессиональном уровне, включая дайвинг (плавание, ныряние с аквалангом), прыжки с парашютом, катание на горных лыжах, прыжки с трамплина, занятия акробатикой, альпинизмом, полеты на летательных аппаратах (кроме полётов в качестве пассажира авиакомпаний, занимающихся гражданскими пассажирскими авиаперевозками), занятия дельтапланеризмом, парапланеризмом, хоккеем, футболом, регби, бобслеем, участие в любого рода гонках, ралли или соревнованиях по автоспорту, путешествия на байдарках, катамаранах, лодках и плотках, спелеологию;

1.1.23. заболеваниями и состояниями, возникшими, когда поездка Застрахованного лица была предпринята с целью получить лечение вне населенного пункта постоянного проживания Застрахованного лица (при страховании лиц, находящихся вне постоянного места жительства);

1.1.24. заболеваниями и состояниями, вызванными прямым или косвенным воздействием солнечного излучения (солнечные ожоги, солнечный (тепловой) удар, солнечная аллергия, фотодерматит);

1.1.25. заболеваниями, состояниями, послужившими причиной установления инвалидности I и (или) II группы;

1.1.26. инфекционными заболеваниями, которые могли быть предотвращены заблаговременными профилактическими прививками или которые явились следствием нарушения профилактических мероприятий после контакта с носителем возбудителя;

1.2. с целью организации и (или) оказания следующих услуг:

1.2.1. услуг, оплата которых прямо не предусмотрена Программой страхования, оказанных без согласования со Страховщиком;

1.2.2. услуг в условиях, прямо не предусмотренных Программой страхования; осмотров врачами-специалистами на дому, оказания услуг на дому без медицинских показаний; подготовки к плановой госпитализации (если Программой страхования не предусмотрено иное);

1.2.3. услуг, оказанных без медицинских показаний, по желанию Застрахованного лица, не назначенных врачом, услуг, не согласованных со Страховщиком в случаях, когда такое согласование является обязательным;

1.2.4. услуг по профпатологии, психиатрическому освидетельствованию, психиатрии; психиатрии-наркологии;

1.2.5. виртуальной колоноскопии, видеокапсулы; суточного мониторинга артериального давления; холтеровского мониторинга, велоэргометрии; тредмил-теста, медикаментозных стресс-тестов; магнито-резонансной томографии, компьютерной томографии, денситометрии, исследований с применением радионуклидов, доплеровских, дуплексных исследований сосудов, плетизмографии, исследований с использованием контрастных веществ; нейрофизиологических исследований;

1.2.6. стоматологических услуг (услуг (работ) по стоматологии), включая одновременное использование нескольких способов удаления зубных отложений; одновременное использование нескольких способов механической, медикаментозной и химической обработки корневых каналов

одного зуба; удаление зубов по ортопедическим и ортодонтическим показаниям; вмешательства на зубах, покрытых ортопедическими, ортодонтическими конструкциями (кроме предусмотренных Программой страхования); лечение по поводу заболеваний зубов без гарантии (условное лечение); восстановление коронок при их разрушении более чем на 50%; замену пломб без медицинских показаний; пломбирование корневых каналов с использованием разогретой (термопластифицированной) гуттаперчи включая систему «Термофил», хирургическое лечение по поводу заболеваний пародонта, кюретаж зубо-десневых каналов, вертикальную конденсацию, использование термопластических композитов, трехмерную obturation каналов, ретроградное пломбирование корневых каналов, закрытие перфораций, в том числе с использованием системы Pro Root, глубокое фторирование зубов, удаление пигментированного налета, отбеливание зубов, плановую санацию полости рта, услуги, оказанные с косметической целью, герметизацию фиссур, художественную реставрацию, установку виниров, ламинатов, использование интраоральной видеокамеры, стоматологического микроскопа, применение лазерных стоматологических установок, стоматологическую имплантацию, подготовку к протезированию зубов и протезирование зубов (кроме случаев, предусмотренных Программой страхования), исправление дефектов прикуса;

1.2.7. общего наркоза при оказании услуг по стоматологии в амбулаторных условиях;

1.2.8. коррекции речи;

1.2.9. экстракорпорального воздействия на кровь; криотерапии; лечению климатическими воздействиями, АСИТ (аллерген-специфическая иммунотерапия);

1.2.10. сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, всех видов протезирования, трансплантации, ортопедических вмешательств; пластической хирургии; реконструктивно-восстановительных операций (в том числе наложение анастомозов, шунтов, кроме случаев выполнения таких вмешательств по поводу травм, полученных в течение действия страхования); лазерной хирургии глаз (кроме операций по поводу травм глаз, произошедших в течение действия страхования); операций по замене хрусталика при катаракте;

1.2.11. Расходные материалы при оперативном вмешательстве – трансплантантов, протезов, эндопротезов, имплантантов и ряда других аналогичных медицинских изделий, а также расходы на приобретение медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях;

1.2.11. механотерапии, лечебной физкультуре с использованием тренажеров, тракционной терапии, вытяжению позвоночника; аппаратному массажу; занятиям в бассейне; электросну, гипнозу; бальнеологическому лечению; коррекции веса;

1.2.12. остеопатии, занятий лечебной физкультурой (более 10 групповых занятий, индивидуальные занятия), лечебного классического массажа (более 10 процедур, более 15 массажных единиц); применения одномоментно более двух видов физиотерапевтического воздействия (более двух полей, трех зон (точек); гидромассажу, водолечению, грязелечению, занятиям на тренажерах, солярию, гипербарической, гипо- и нормобарической оксигенации, мануальной терапии (более 10 процедур), иглорефлексотерапии (более 10 процедур), криотерапии, электро- магнито- и лазеростимуляции, вакуумной терапии, ударно-волновой терапии (более 2х методов по одному заболеванию, более 10 процедур по каждому методу);

1.2.13. услуг, оказанных с оздоровительной, профилактической, косметической целью; гомеопатии, народной медицине, традиционным, народным методам диагностики и лечения, гирудотерапии, фитотерапии, галотерапии (спелеотерапии), энергоинформатике; диагностике по методу Фоля; диагностике и лечению с использованием экспериментальных, авторских методик; оздоровительных капсул (в т.ч. альфа-капсул); гидроколлотерапии; биорезонансной терапии; курсовому лечению по поводу хронических заболеваний с использованием аппаратных комплексов, в том числе в офтальмологии; коррекции зрения (кроме подбора очков и линз), вмешательству на глазах с целью замены хрусталика; общему наркозу (включая эпидуральную анестезию) при выполнении эндоскопических исследований;

1.2.14. медицинской реабилитации;

1.2.15. удалению папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязиона; лечению методами лазерной вапоризации, удалению наботиевых кист; фотодинамической терапии, лечению с применением радиоволновой хирургии; курсовому внутривенному введению лекарственных препаратов в амбулаторных условиях;

1.2.16. вакцинации, профилактическим прививкам (кроме серопротекции столбняка, профилактики бешенства при травмах и нападениях животных);

1.2.17. специфической иммунотерапии, серологическим исследованиям, вирусологическим исследованиям; иммунологическим исследованиям (включая иммуноферментные исследования ИФА и ИХА); аллергологическим исследованиям, определению уровней специфических иммуноглобулинов; молекулярно-биологическим методам диагностики (ПЦР), определению уровней микроэлементов, генетическим исследованиям, скрининговые исследования, маркеры остеопороза, спермографии; микробиологическому (культуральному) исследованию для выявления возбудителей инфекций, передающихся преимущественно половым путем, услуг, оказанных по поводу заболеваний, передающихся преимущественно половым путем (кроме первичной диагностики); определению гормонального статуса; диагностические методы связанные с определением наличия возбудителя коронавирусной инфекции (ПЦР тест и т.д.) sars-cov-2 и Ig к коронавирусной инфекции sars-cov-2;

1.2.18. услуг по планированию семьи (в том числе выявление TORCH-инфекций), подбору методов контрацепции и наблюдению за их применением, выполнению вмешательств, способствующих или предотвращающих половое зачатие, введению и удалению внутриматочных контрацептивов, ведению беременности, прерыванию беременности, нарушение менструального цикла;

1.2.19. услуг по предоставлению лекарственных препаратов при оказании услуг в амбулаторных условиях; медицинских изделий, в том числе для ухода за больными, включая костыли, средств иммобилизации (кроме гипсовых повязок), ремонту, настройке медицинских изделий;

1.2.20. услуг по обследованию, проводимому с целью оформления медицинских книжек, санаторно-курортной карты, справок для получения водительского удостоверения, разрешения на ношение оружия, выезд за границу, поступление в образовательные организации, направлению на медико-социальную экспертизу и т.д.;

1.2.21. немедицинских услуг, услуг, оказанных с целью попечительского ухода, сервисных услуг, оказанных с целью предоставления дополнительного комфорта: улучшенному размещению, в том числе в одноместных, двухместных, трехместных палатах, если иное не предусмотрено Программой страхования, организации индивидуального поста, предоставлению в палате дополнительных удобств, технических средств и медицинских изделий, не являющихся необходимыми в соответствии с медицинскими показаниями;

1.2.22. медицинских и иных услуг, оказанных вне территории страхования, если территория страхования установлена Договором страхования;

1.2.23. санаторно-курортному лечению; диспансерному наблюдению, динамическому наблюдению: осмотры, обследование по поводу заболеваний в стадии ремиссии, компенсации.

2. Перечень услуг, заболеваний, состояний, событий, методов диагностики и лечения, не возмещаемых Страховщиком расходов (п.1 настоящего Приложения №2 к Правилам) может быть сокращен или дополнен в Договоре страхования и (или) Программе страхования по соглашению Страховщика и Страхователя.