

**УТВЕРЖДАЮ**  
Генеральный директор  
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»

\_\_\_\_\_ **М.А. Проворов**

**« 30 » сентября 2015 года**

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
«ДМС»**

1. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые риски
4. Страховой случай
5. Объем обязательств Страховщика
6. Страховая сумма. Тариф. Страховая премия и порядок ее уплаты
7. Порядок заключения договора страхования
8. Увеличение степени страхового риска
9. Права и обязанности сторон
10. Прекращение договора страхования
11. Порядок и виды осуществления страховой выплаты
12. Порядок разрешения споров
13. Особые условия

Приложения:

Договор страхования по программе добровольного медицинского страхования «ДМС»  
(образец);

Программа добровольного медицинского страхования «ДМС»

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования «ДМС» (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования по программе добровольного медицинского страхования «ДМС» (далее - договор страхования или договоры страхования).

## **1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный и Медицинское учреждение.

1.2. Страховщик - ООО «СК «Ренессанс Жизнь» осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации лицензией.

1.3. Страхователем признается российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4. Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного. Застрахованным может быть лицо в возрасте от 18 до 60 (полных) лет.

Застрахованным не может выступать:

- гражданин Российской Федерации,
- лицо, являющееся резидентом стран Северной и Южной Америки.

1.5. Лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и связанные с ними осложнения, могут быть приняты на страхование только по индивидуальным тарифам и программам с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по результатам андеррайтинга:

1.5.1. ВИЧ-инфекция;

1.5.2. Особо опасные инфекционные болезни, в том числе чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки, - в случае возникновения эпидемии и (или) объявления карантина;

1.5.3. Психические расстройства и расстройства поведения, наркологические заболевания;

1.5.4. Аномалии развития и хромосомные нарушения.

1.6. Под Медицинскими учреждениями для целей настоящих Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы (лечебные, лечебно-профилактические, больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, полученную в соответствии с законодательством страны местонахождения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, при условии, что частнопрактикующие врачи обладают соответствующим разрешением на право осуществления медицинской практики по соответствующему профилю.

1.7. Иные учреждения – сервисные или ассистанские компании и учреждения, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры по организации предоставления Застрахованным медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг и оказывающие помощь по эвакуации и репатриации.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

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

## **3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ**

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. Договор страхования заключается в отношении риска обращения Застрахованного в медицинское учреждение за медицинской помощью, которое влечет за собой несение Застрахованным расходов по оплате оказанной ему медицинской помощи.

## **4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

4.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового возмещения в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного, вызванных его обращением в медицинские организации, иные учреждения или к Страховщику для организации и получения медицинской или иной помощи, включенной в Программу добровольного медицинского страхования «ДМС» (далее – Программа).

4.2. Страховым случаем признается:

4.2.1. Обращение застрахованного за медицинской помощью, предусмотренной Программой страхования, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний.

Страховым признается событие, наступившее не ранее чем через 6 (шесть) календарных дней с даты вступления Договора страхования в силу и не позднее даты окончания действия Договора страхования.

4.3. Страховщик не возмещает фактические расходы Застрахованного, если последний самостоятельно оплатил медицинскую помощь в соответствии с условиями договора страхования, либо подразумеваемые расходы Застрахованного, если по условиям договора страхования медицинскую помощь должен оплатить Страховщик непосредственно лицу (юридическому лицу или гражданину), которое оказывало медицинскую помощь, по договору в пользу третьего лица - Застрахованного.

4.4. Конкретный перечень видов медицинской помощи и услуг приводится в Программе страхования (Приложение № 1 к настоящим Правилам). По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по программе страхования может ограничиваться или расширяться.

4.5. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и связанных с ней услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой.

4.6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское или иное учреждение с целью получения медицинской помощи, связанной с:

- с получением травматического повреждения, в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления;
- с попыткой самоубийства Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений;
- с обращением Застрахованного в медицинское учреждение, предварительно не согласованное со Страховщиком, а также обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с Программой страхования не оплачиваются Страховщиком.

4.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- умысла Страхователя (Застрахованного);
- события, произошедшего после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленными настоящими Правилами и (или) условиями действующего договора страхования.

## **5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА**

5.1. Страховщик организует и оплачивает либо только оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях медицинскую помощь в объеме, определенном в Программе, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

5.2. Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.

5.3. Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

5.4. Программа, предусматривающая оказание скорой и неотложной медицинской помощи, включает в себя выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи, проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья Застрахованного, реанимационные мероприятия, медицинскую транспортировку в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.

Услуги по программе скорой и неотложной медицинской помощи оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования.

5.5. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме обязательств Страховщика путем определения перечня оплачиваемых Страховщиком заболеваний (состояний), медицинских и иных услуг, включаемых в Программу.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА. ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ**

6.1. Страховой суммой является предельный размер страхового обеспечения, определяемый исходя из объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг), предусмотренным Программой.

6.2. Страховая сумма устанавливается в размере 100.000 (Сто тысяч) рублей для каждого Застрахованного и может предусматривать предельный размер страхового обеспечения по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам) или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках Программы либо договора страхования.

6.3. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования. Конкретный

размер страхового тарифа определяется на основании базовых тарифов Страховщика указанных с учетом коэффициентов риска

6.4. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору. Коэффициенты риска:

1. пол, возраст;
2. объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);
3. срок действия договора;
4. общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
5. ценовая категория медицинского учреждения;
6. состояние здоровья лиц, принимаемых на страхование;
7. регион основного проживания;
8. другие факторы.

6.5. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

6.6. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из размера страховой суммы, срока действия договора страхования и степени страхового риска.

6.7. В случае неуплаты Страхователем страховой премии в полном объеме в размере, указанном в договоре страхования и/или в сроки, предусмотренные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору у сторон не возникает.

6.8. Датой оплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, оформляемого в произвольной форме.

7.2. Договор страхования вступает в силу с 00:00 часов дня, следующего за датой оплаты Страхователем в полном объеме первого страхового взноса/страховой премии Страховщику, если иная дата начала срока действия договора страхования не указана в договоре страхования..

7.3. Договор страхования заключается в форме единого документа, подписанного обеими сторонами, – Договора страхования. По взаимному соглашению сторон, оформленному в виде подписанного сторонами дополнительного соглашения, условия договора страхования могут быть изменены в течение срока его действия.

7.4. К Договору страхования прилагается Программа страхования, а также при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами договора (пропуск в медицинское учреждение, страховая карточка и пр.).

7.5. При утрате Застрахованным Договора страхования Застрахованный должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата.

7.6. Срок действия Договора страхования указывается в Договоре страхования.

## **8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА**

8.1. Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало или должно было стать об этом известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование и в письменном запросе Страховщика.

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, работником Медицинского учреждения и проч.) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости

медицинских и иных услуг при наличии у застрахованного хронического заболевания или группы инвалидности), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

8.3. В случае не извещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повышающих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора.

В случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии и (или) изменения условий договора страхования Страховщик имеет право требовать расторжения договора.

8.4. Страховщик не имеет права требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска, уже отпали.

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2. В течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе, выбранной Страхователем, или изменить перечень медицинских учреждений и (или) Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3. Отказаться от договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного;

9.2.2. Уплачивать страховую премию в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.3. Передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.2.4. Немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства;

9.2.5. Получить согласие Застрахованных на обработку их персональных данных, в том числе трансграничную передачу третьим лицам, в целях исполнения обязательств по договору;

9.2.6. По требованию Страховщика передать ему заявления Застрахованных об их согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных им медицинскими и иными учреждениями по договору.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. Требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи, в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.3. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.3.4. При утрате страховых документов получить их дубликат.

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. Соблюдать требования Правил добровольного медицинского страхования «ДМС», условий договора, порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

9.4.2. Соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.4.3. Не передавать страховой полис и Программу другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

- 9.4.4. Немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества, фактического места жительства, контактных телефонов / телетайпов;
- 9.4.5. При утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;
- 9.4.6. Заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении;
- 9.4.7. По требованию Страховщика заполнить заявление о своем согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных ему медицинскими и (или) иными учреждениями по договору.
- 9.5. Страховщик имеет право:
- 9.5.1. Проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;
- 9.5.2. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.
- 9.6. Страховщик обязан:
- 9.6.1. Организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;
- 9.6.2. Контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи;
- 9.6.3. Выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликат.
- 9.6.4. Разъяснять Страхователю, Застрахованному, лицу, имеющему намерением заключить договор страхования, условия страхования.

## **10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 10.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:
- 10.1.1. Истечения срока его действия;
- 10.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме;
- 10.1.3. Смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным, если Застрахованный или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица), кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);
- 10.1.4. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.
- 10.2. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.
- 10.3. Договор прекращается 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 частности в отношении отдельного Застрахованного лица действие договора прекращается в случае смерти по причинам иным, чем наступление страхового случая. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, с учетом понесенных расходов на ведение дела и произведенных страховых выплат.
- 10.4. Договор может быть прекращен досрочно по соглашению сторон.

## **11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ**

- 11.1. Страховая выплата - денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

11.2. Страховая выплата осуществляется медицинским и/или иным учреждениям, непосредственно оказавшим услуги, предусмотренные Договором страхования, Застрахованному.

11.3. Для получения предусмотренной Программой медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованный обращается по телефону, указанному в Договоре страхования.

11.4. При необходимости Застрахованный в течение срока действия Договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором страхования.

## **13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

13.1. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

13.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Договор страхования по программе добровольного медицинского страхования «ДМС» № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

Настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования) заключен в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (далее именуемые Правила страхования) ООО «СК «Ренессанс Жизнь» и дает Застрахованному право на получение медицинской помощи в соответствии с условиями Программы добровольного медицинского страхования «ДМС» (Приложение №1 к Договору страхования) (далее – Программа страхования).

**1. Страховщик:** ООО «СК «Ренессанс Жизнь», 115114, Россия, г. Москва, наб. Дербеневская, д.7, стр. 22 Тел. 8 (495) 981 2 981, Факс 8 (495) 589 18 65/67, www.renlife.com Лицензия С № 3972 77 от 17.01.2006 года. ИНН 7725520440, КПП 997950001, Р/С 40701810800001410925 в АО «Райффайзенбанк» г. Москва, БИК 044525700, К/С 30101810200000000700

**2. Страхователь / Застрахованный:**  
Ф.И.О.

ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ПОЛ:  мужской  женский

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

АДРЕС ПОЧТОВЫЙ

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИНОСТРАННЫМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ?  ДА  НЕТ

**3. Страховой случай:** Обращение застрахованного за медицинской помощью, предусмотренной Программой страхования (Приложение №1 к Договору страхования), если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний.

Программа страхования обеспечивает оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждениях.

Не является страховым случаем обращение Застрахованного с целью получения медицинской помощи в связи:

- с получением травматического повреждения, в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления;
- с попыткой самоубийства Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений;
- с обращением Застрахованного в медицинское учреждение, предварительно не согласованное со Страховщиком, а также обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с Программой страхования не оплачиваются Страховщиком.

**4. Страховая сумма (руб.): \_\_\_\_\_ Страховая премия (руб.): \_\_\_\_\_**

_____	_____
-------	-------

**5. Порядок уплаты страховой премии:** Единовременно

**6. Срок действия Договора страхования:** Договор страхования действует с **00:00** часов дд.мм.гггг по **23:59** часов дд.мм.гггг, при условии оплаты страховой премии в полном объеме в размере, указанном в п. 4 настоящего Договора страхования, не позднее дд.мм.гггг. В случае неоплаты страховой премии в полной объеме в размере, указанном в п. 4 настоящего Договора страхования, не позднее дд.мм.гггг, настоящий Договор страхования считается не вступившим в силу.

**Срок страхования: НАЧАЛО:** 00:00 6-го (шестого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса) **ОКОНЧАНИЕ:** 23:59 даты окончания срока действия договора страхования.

**7. Территория страхования:** Российская Федерация

**8. Дополнительные условия:**

- Возраст лиц, принимаемых на страхование: от 18 до 60 (полных лет);
- На страхование не принимаются: граждане Российской Федерации, лица, являющиеся резидентами стран Северной и Южной Америки;

- В случае досрочного расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя, возврат уплаченной Страховщику страховой премии не производится;

- Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи Страховщика (воспроизведенное механическим или иным способом с использованием клише) на Договоре страхования, а также приложениях и дополнительных соглашениях к нему.

Подписывая настоящий Договор страхования, Страхователь/Застрахованный:

- подтверждает, что он ознакомлен с Правилами добровольного медицинского страхования, размещенные на сайте Страховщика [www.renlife.com](http://www.renlife.com);

- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» предоставляет ООО «СК «Ренессанс Жизнь» согласие на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с исполнением настоящего Договора страхования, организацией оказания и оплатой медицинских услуг, на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, как на бумажных, так и на электронных носителях, в том числе передачу Агенту ООО «Славянский центр правовой поддержки» по Агентскому договору, перестраховочным организациям) своих персональных данных, содержащихся в настоящем Договоре страхования, в том числе данных о состоянии здоровья, в целях исполнения между Страхователем и Страховщиком Договора страхования, а также в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке страхования путём осуществления прямых контактов с помощью средств связи, при этом такое согласие дается Страхователем/Застрахованным Страховщику на срок действия Договора страхования и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора страхования и может быть отозвано Страхователем/Застрахованным в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного Страхователем/Застрахованным письменного уведомления;

-подтверждает, что его родственники не занимают должности членов Совета директоров Банка России, должности в законодательном, исполнительном, административном, судебном органе РФ или других стран; должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов; должности в публичных международных организациях.\*

\* При наличии родственников, замещающие вышеуказанные должности, заполняется дополнительная анкета по форме Страховщика.

К настоящему Договору страхования прилагаются: Приложение №1 «Программа добровольного медицинского страхования «ДМС»

## 9. Подписи сторон:

<b>Страхователь / Застрахованный:</b>  Подписывая настоящий Договор страхования, Страхователь/Застрахованный подтверждает достоверность информации, указанной в настоящем Договоре страхования, Приложение №1 «Программа добровольного медицинского страхования «ДМС»» получил и ознакомился.  _____ Подпись / ФИО Страхователя/Застрахованного	<b>Страховщик:</b>
--	--------------------

### Телефоны для вызова экстренной медицинской помощи.

Шашылыш турдогу медициналык жардам чакыруу телефон номерлери.

Фавкулотда тиббий ёрдам чакырув телефон ракамлари.

Тел барои фаври занг задани ёрии тибби.

+7 (495) 775 09 99

### Приготовьтесь назвать; Айтууга даярданыңыз; Айтишга таёрланинг; Хозир бошед.

№ Договора страхования; Полистин номерин; Полис ракамини; Ракам сугурга.

Фамилию, Имя, Отчество; Фамилиясын, атын жана атасынын атын; Фамилиясини,

исми шарфини; Номи пура.

Контактный телефон; Байланыш телефону; Алока телефони; Ва телефонро барои алока бигуед.

## Программа добровольного медицинского страхования «ДМС»

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ\*

#### 1.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:

- первичные, повторные, консультативные приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, кардиолога, аллерголога, физиотерапевта, ревматолога, проктолога, травматолога, пульмонолога.;
- выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов (за исключением льготных категорий);
- проведение инструментальной диагностики: рентгенологическая, компьютерная томография, ультразвуковая, эндоскопическая;
- функциональная диагностика: ЭКГ, РВГ, РЭГ;
- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия (не более 10 процедур в течение срока страхования).

#### 1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь (услуги оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования):

- выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья

Застрахованного; реанимационные мероприятия;

- медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.

#### 1.3. Экстренная и неотложная стационарная помощь:

- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия (не более 5 процедур в течение срока страхования);
- пребывание в 2-4 местной палате;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

### 2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии договора страхования и документа, удостоверяющего личность.

2.2. При обращении за амбулаторно-поликлинической помощью услуги оказываются медицинским учреждением по выбору Страховщика в режиме работы медицинского учреждения.

2.3. При обращении за экстренной и неотложной стационарной помощью Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке в медицинское учреждение по выбору Страховщика, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

2.4. Застрахованный обращается за получением услуг в соответствии с порядком, изложенном в разделе 3 настоящей Программы страхования.

### 3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

3.1. Для получения экстренной и неотложной медицинской помощи Застрахованному необходимо обратиться по телефону +7 (495) 775 09 99.

### 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:

4.1.1. Обострений и осложнений хронических заболеваний (состояний), не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного;

4.1.2. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);

4.1.3. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;

4.1.4. Заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;

4.1.5. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения;

4.1.6. Сахарного диабета I и II типа и их осложнений;

4.1.7. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;

4.1.8. Туберкулеза;

- 4.1.9. Хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
- 4.1.10. Муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
- 4.1.11. Системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спондилопатии;
- 4.1.12. Нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;
- 4.1.13. Острой и хронической лучевой болезни;
- 4.1.14. Профессиональных заболеваний;
- 4.1.15. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе), реконструктивно-восстановительные операции, высокотехнологичные виды медицинской помощи;
- 4.1.16. Хронические заболевания, требующие динамического наблюдения, обследования и лечения вне обострения; все недифференцированные коллагенозы, аутоиммунные и иммунозависимые заболевания;
- 4.1.17. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, вирусные геморрагические лихорадки;
- 4.1.18. Хронических гепатитов: В, С, D, E.
- 4.2. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
- 4.2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
- 4.2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов, диспансеризация, вакцинация;
- 4.2.3. Лабораторные исследования: гормональные, иммунологические, серологические исследования;
- 4.2.4. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия;
- 4.2.5. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение;
- 4.2.6. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения;
- 4.2.7. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы);
- 4.2.8. Специфическая иммунизация с различными аллергенами;
- 4.2.9. Склеротерапия вен;
- 4.2.10. Хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 4.2.11. Все виды стоматологической помощи, косметология в стоматологии;
- 4.2.12. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия) и оздоровления (цугун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия);
- 4.2.13. Реабилитация в любых медицинских учреждениях; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;
- 4.2.14. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов – стентов, сосудистых протезов, кава-фильтров, а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 4.2.15. Экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;
- 4.2.16. Услуги генетика, диетолога, логопеда;
- 4.2.17. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования, до момента его выписки из стационара;
- 4.2.18. Ударно-волновая терапия;
- 4.2.19. Восстановительное лечение.

\* Количество страховых случаев, покрываемых по Программе страхования – не более 2 (двух) случаев. Под случаем понимается обращение за медицинской помощью по поводу острых заболеваний/состояний, повлекших расходы Страховщика по оплате медицинских услуг по этому поводу до завершения лечения в объеме настоящей Программы страхования. При этом, если при оказании скорой и неотложной медицинской помощи обнаружилась необходимость оказания экстренной и неотложной стационарной помощи, то такое обращение за медицинской помощью признается Страховщиком как один и тот же страховой случай.