

Приложение №1
к Приказу № 68/ОД/14 от 15.05.2014

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»

_____ **М.А. Проворов**

«15» мая 2014 года

Первоначальная редакция от 04.10.2004 Приказ б/н от 04.10.2004
Последующие редакции:
От 03.03.2006 Приказ № 07/ОД/06 от 03.03.2006

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации, на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования (далее правила), Страховщик заключает Договоры добровольного медицинского страхования.

Настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования. По всем вопросам, не урегулированным Правилами, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

1.2. Страхование, если иное не оговорено в договоре страхования не подлежат инвалиды 1-2 групп; граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах; больные СПИДом; больные онкологическими заболеваниями, а также лица, которые на момент заключения договора страхования находятся на стационарном лечении на дату заключения договора страхования.

Если в период действия договора страхования обнаруживается, что застрахованными являются указанные выше лица, то договор в отношении данных Застрахованных лиц считается не действительным с момента его заключения, и (в случае заключения группового договора) Страховщик вправе исключить их из списка Застрахованных лиц, если иное не оговорено договором страхования.

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

1.4. Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования в соответствии с программами страхования, согласно которым гарантирует организацию и финансирование по всему миру медицинских и иных услуг определенного вида и качества в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования с учетом положений настоящих Правил.

Программа страхования отражает обязательства Страховщика по организации и оплате различных видов медицинской помощи, предоставление которых гарантируется Застрахованному лицу при возникновении страхового случая.

1.5. На основе настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать Условия страхования,. В случае заключения договора страхования на основании Условий страхования, если они содержат положения, отличные от положений настоящих Правил страхования, приоритет имеют положения Условий страхования.

II. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. Страхователи - юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, индивидуальные предприниматели, а также дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

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

Страхователи – индивидуальные предприниматели и физические лица заключают со Страховщиком Договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (застрахованных лиц).

2.4. Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключатся договор страхования в возрасте от 0 (нуля) до 90 (девяноста) лет, если договором страхования не предусмотрено иное. Договор страхования может быть заключен в пользу нескольких Застрахованных лиц, в этом случае к договору страхования прилагается список Застрахованных лиц.

III. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной 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 (медицинское страхование).

IV. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

4.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, совершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими и иными услугами, включенными в программу медицинского страхования.

4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем может являться:

4.2.1. обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу;

4.2.2. документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора в Сервисную компанию/к Страховщику с последующей организацией лечения в лечебном учреждении в связи с диагностированием смертельно опасного заболевания и/или назначением проведения хирургического вмешательства, которые были впервые диагностированы или назначены в течение срока страхования, но не ранее 181 календарного дня срока действия договора страхования, а в случае продления договора страхования с 1-го дня срока действия договора страхования.

4.3. Указанные в п.4.2 случаи могут также включать в себя обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в аптечное учреждение, при таком состоянии здоровья, которое требует получения лекарственных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом в рамках договора страхования и программы страхования, при оказании Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату лекарственных средств. Условие, предусматривающее лекарственное обеспечение, должно быть отражено в Договоре страхования и/или Программе страхования.

4.4. Договор страхования может быть заключен в том числе на условиях:

4.4.1. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих первичную (доврачебную), консультативную, диагностическую и лечебно-профилактическую, реабилитационно-восстановительную помощь, в соответствии с установленными государственными органами требованиями в рамках утвержденных стандартов оказания медицинской помощи (далее – «амбулаторная помощь»);

Амбулаторная помощь может оказываться в медицинском учреждении, на дому и по месту работы Застрахованных лиц.4.4.2. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг,

предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную медицинскую помощь в терапевтическом, хирургическом и других специализированных отделениях стационара с возможностью оказания Застрахованному лицу консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной и иной медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, проведения медицинской экспертизы в связи с болезнью, травмами, отравлениями и другими состояниями (далее – «стационарная помощь»).

Стационарная помощь может включать:

экстренную стационарную помощь

плановую стационарную помощь

экстренную и плановую стационарную помощь;

4.4.3. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторную терапевтическую и хирургическую стоматологическую помощь (далее – «стоматологическая помощь»);

4.4.4. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь (далее – «скорая и неотложная медицинская помощь»);

4.4.5. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь, а также экстренную стационарную помощь (далее – «экстренная медицинская помощь»);

4.4.6. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, указанных в п.4.3.1, 4.3.2., 4.3.3, 4.3.4 настоящих Правил (далее: «комплексная помощь»);

4.4.7. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь (далее – «дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях»);

4.4.8. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, скорую и неотложную помощь, стационарную помощь (далее – «комплексное дородовое наблюдение беременных женщин»);

4.4.9. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, (далее – «ведение родов и послеродового периода»);

4.4.10. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях (далее – «восстановление и реабилитация»).

Условия гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях включаются в договор страхования только в том случае если в нем в качестве основного (базового) страхового покрытия предусмотрено одно или несколько из условий страхования, предусмотренных в пунктах 4.4.1–4.4.9 настоящих Правил.

4.4.11. гарантированного предоставления и оплаты лекарственных средств, предусмотренных программой страхования, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного договором страхования и программой страхования, купленных в аптечных учреждениях, предусмотренных договором страхования.

Условия гарантированного предоставления и оплаты лекарственных средств включаются в договор страхования только в качестве дополнительной опции.

4.5. По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских и иных услуг, лекарственных средств в договоре страхования может быть указан в любой комбинации и в любом объеме в пределах программы страхования.

В зависимости от объема и комбинации медицинских и иных услуг, а также перечня медицинских учреждений (аптечных учреждений), предусмотренных договором страхования, Страховщик может присваивать медицинским и иным услугам в договорах страхования нумерацию/аббревиатуру/кодировку/категорию/серию исключительно для их внутреннего использования и учета Страховщиком.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации. 4.6. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованным в лечебных учреждениях, а также иные услуги, оказываемые учреждениями, предусмотренными договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами страхования, предоставляемых медицинскими учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских и иных услуг в зарубежных медицинских учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские учреждения либо при посредничестве Сервисных компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности и не противоречат действующему законодательству РФ с точки зрения признания его медицинским учреждением.

Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий договор на оказание застрахованным медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинским учреждением (сервисной компанией).

4.7. Если иное не оговорено договором (программой) страхования, Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

4.7.1. не предусмотренных договором страхования, в том числе в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;

4.7.2. по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки преступления;

4.7.3. по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов и любых иных расстройств здоровья, полученных Застрахованным лицом в состоянии алкогольного (если иное не предусмотрено договором страхования), наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.

4.7.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

4.7.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного лица;

4.7.6. связанных с применением косметической или пластической хирургии, если иное прямо не оговорено договором страхования;

4.7.7. по поводу хирургической коррекции зрения, если иное не оговорено в договоре страхования;

- 4.7.8. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- 4.7.9. по поводу венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;
- 4.7.10. по поводу особо опасных инфекций: натуральной оспы, чумы, холеры, сибирской язвы, сыпного тифа;
- 4.7.11. по поводу психических болезней независимо от сроков выявления;
- 4.7.12. по поводу повторного выполнения исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
- 4.7.13. по окончании срока действия Договора страхования, за исключением услуг, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем за 15 (Пятнадцать) календарных дней госпитализации после окончания срока действия договора страхования.
- 4.7.14. по поводу исключений, прямо предусмотренных договором и/или программой страхования.
- 4.8. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной или забастовками;
- г) стихийными бедствиями (если иное не предусмотрено договором страхования);
- д) террористическими актами (если иное не предусмотрено договором страхования).

4.9. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях, Страховщик вправе приостановить выполнение обязательств по договору страхования на время действия таких обстоятельств, если иные последствия не предусмотрены договором страхования.

Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются: введение чрезвычайного или особого положения, бунты, государственные перевороты, путчи, восстания, заговоры, революции, стихийные природные бедствия, эпидемии, призванные таковыми в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

V. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является определенная договором денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма на всех или на каждое Застрахованное лицо по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы, выбранной Страхователем, возраста, состояния здоровья, рода занятий Застрахованного лица, срока действия договора страхования и иных показателей и не может быть ниже минимальной суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

5.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинской программой услуг (однако, не выходя за рамки залицензированных Правил страхования и Программ, являющихся неотъемлемой частью Правил) путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

5.4. В случаях, если стоимость медицинских услуг превышает размер страховой суммы, помощь оказывается за счет выделения Страхователем дополнительных средств Страховщику, при этом

Страхователь и Страховщик заключают дополнительное соглашение и Страхователь оплачивает страховую премию в размере, предусмотренном дополнительным соглашением.

5.5. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

5.6. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная – в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) либо от суммы выплаты или в твердой сумме. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени, в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

Вид и размер франшизы устанавливается в договоре страхования.

VI. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

6.2. При определении размера страхового взноса, подлежащего уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования, характера страхового риска, состояния здоровья Застрахованного лица и иных показателей.

6.3. Страховой взнос может быть уплачен наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется в Договоре страхования.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

6.4. Оплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования или в рассрочку. Порядок оплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

6.5. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (первый взнос) в 5-дневный срок (если иное не предусмотрено Договором страхования) с момента подписания Договора страхования.

6.6. Договором страхования может быть предусмотрен льготный период, в течение которого при наступлении страхового случая и нарушении Страхователем обязанности по своевременной уплате страховых взносов существует обязанность Страховщика произвести страховую выплату. Страховая выплата производится только при условии, что до окончания льготного периода Страхователем будет оплачен просроченный страховой взнос.

6.7. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии или первого страхового взноса договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено договором страхования. В случае неуплаты очередного страхового взноса, в оговоренные Договором страхования сроки, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть договор страхования и потребовать возмещения причиненных убытков. О досрочном прекращении договора страхования Страховщик направляет письменное уведомление Страхователю. Договор страхования считается прекращенным с момента, указанного в уведомлении Страховщика, независимо от даты его получения Страхователем. При этом дата досрочного прекращения Договора страхования не может быть указана ранее даты отправки уведомления. Уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

6.8. Договором страхования могут быть определены условия, когда обязательства Страхователя уплатить страховую премию и обязательства Страховщика осуществить страховую выплату, подлежат оплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной договором сумме в иностранной валюте или в условных денежных единицах. В этом случае подлежащая оплате в рублях сумма определяется по официальному курсу ЦБ РФ соответствующей валюты или условных денежных единиц на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены законом или соглашением сторон (договором страхования).

VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

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

7.3.1. О застрахованном лице;

7.3.2. О характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);

7.3.3. О размере страховой суммы;

7.3.4. О сроке действия Договора

7.4. При заключении Договора добровольного медицинского страхования Страховщик, при необходимости, вправе провести медицинское анкетирование и/или назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

Предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов медицинского анкетирования и/или предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, Страховщик вправе присвоить Застрахованному соответствующую группу риска и применить повышающие коэффициенты и/или понижающие коэффициенты в соответствии с настоящими Правилами.

7.5. Заключение Договора страхования с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, выступающими в качестве Страхователей:

7.5.1. При заключении Договора на страхование может быть принято любое количество Застрахованных лиц, категории которых указываются в Договоре страхования..

7.5.2. Основанием для заключения Договора является письменное или устное заявление Страхователя, в котором должны быть указаны:

- наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- государственный регистрационный номер Страхователя;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- место государственной регистрации Страхователя;
- список страхуемых лиц с указанием имени, отчества, фамилии, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона, прочей информацией;
- программа страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

7.5.3. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами. Страховщик вручает Застрахованным лицам (либо передает Страхователю для последующего вручения Застрахованным лицам) страховые медицинские полисы (далее – «страховые полисы») и/или пластиковые карты, в течение 5 (Пяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В страховом полисе указывается в том числе:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- год рождения Застрахованного лица;
- адрес Застрахованного лица;
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;

– перечень медицинских учреждений и/или аптечных учреждений, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением соответственно медицинских и иных услуг и/или лекарственных средств;

– срок действия договора страхования/период страхования.7.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

7.6.1. Основанием для заключения Договора страхования с физическими лицами в их пользу или пользу третьих лиц является письменное или устное заявление Страхователя с указанием:

- фамилии, имени и отчества Застрахованного лица, а также числа, месяца и года его рождения, его домашнего адреса и телефона;

- программы страхования;

- срока действия договора страхования \ периода страхования;

- места рождения Страхователя и Застрахованного лица;

- идентификационный номер налогоплательщика Страхователя и Застрахованного лица (при наличии);

- гражданство Страхователя и Застрахованного лица;

- сведения о документе, удостоверяющем личность Страхователя и Застрахованного лица (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший);

- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:

для временно пребывающих – виза и миграционная карта,

для временно проживающих – разрешение на временное проживание,

для постоянно проживающих – вид на жительство,

для беженцев – удостоверение беженца,

для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца

7.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения Договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня получения устной информации или подачи заявления от Страхователя.

7.6.3. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами с одновременным вручением Застрахованным лицам страховых полисов и/или пластиковых карт в течение 5 (Пяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, либо путем вручения Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу) страхового полиса, и/или пластиковой карты.

В страховом полисе указывается в том числе:

– номер страхового полиса;

– фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;

– год рождения Застрахованного лица;

– адрес Застрахованного лица;

– виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;

– перечень медицинских учреждений и/или аптечных учреждений, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением соответственно медицинских и иных услуг и/или лекарственных средств;

– срок действия договора страхования/период страхования. 7.7. Документами, наличие которых является необходимым для получения медицинских и иных услуг и/или лекарственных средств, предусмотренных договором страхования являются страховой полис, пластиковая карта (если она выдается в соответствии с условиями договора страхования), памятка (если она выдается в соответствии с условиями договора страхования), пропуск в медицинское учреждение (если он выдается в соответствии с условиями договора страхования). Пластиковая карта является именным документом и содержит справочную информацию.7.8. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом

существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования, заявлении на страхование, декларации (медицинской анкете) или в его письменном запросе.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе требовать признания Договора недействительным в соответствии с действующим законодательством.

7.9. Договор страхования вступает в силу с даты уплаты страховой премии или первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное. 7.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре прямо указывается на применение таких правил, текст правил приложен к страховому полису.

7.11. В договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования.

7.12. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, пластикой карты или пропуска в лечебное учреждение, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному лицу дубликат страхового полиса, пластиковой карты или пропуска в лечебное учреждение.

При повторной утрате страхового полиса (пластиковой карты, пропуска) в течение срока действия договора страхования со Страхователя может взыскиваться платеж в размере стоимости изготовления полиса (пластиковой карты, пропуска) и выдается дубликат.

7.13. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период: с момента включения их в список Застрахованных лиц до окончания страхового периода, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.14. Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдается страховой полис.

7.15. Подписание Страховщиком Договора страхования (страхового полиса), а также приложений и дополнительных соглашений к нему может производиться путем воспроизведения факсимиле подписи Страховщика механическим или иным способом с использованием клише.

VIII. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

8.1. Предоставление медицинских и иных услуг и/или лекарственных средств, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица соответственно в медицинские учреждения и/или аптечные учреждения, предусмотренные договором страхования. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение и/или аптечное учреждение предъявляется страховой полис, пластиковая карта и/или пропуск, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

В случае необходимости Застрахованное лицо (Страхователь) обращается по телефону Страховщика, указанному в страховом полисе или пластиковой карте.

8.2. Оплата стоимости лекарственных средств и/или медицинских и иных услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат соответственно на оказание медицинских и иных услуг и/или оплату лекарственных средств по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением и/или аптечным учреждением путем перечисления, (если иное не предусмотрено договором страхования) Страховщиком денежных средств на счет соответствующего учреждения (медицинского и/или аптечного учреждения). Перечисление производится либо авансовым платежом, либо после получения от медицинских (аптечных) учреждений счета с указанием сроков лечения, суммы затрат, понесенных по всем лекарственным средствам, медицинским и иным услугам, оказанным Застрахованным лицам в пределах программы страхования, предусмотренной договором страхования.

8.3. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Застрахованным лицом по оплате лекарственных средств и/или медицинских и иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями договора страхования, непосредственно Застрахованному лицу.

8.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, указанного в Договоре страхования.

Страховая выплата по договорам страхования производится в рублях, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятым в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

8.5. В зависимости от условий договора страхования, страховая выплата может осуществляться путем организации оказания медицинских и иных услуг Застрахованным и перечисления денежных средств в медицинские и иные учреждения в счет оплаты оказанных Застрахованным лицам медицинских и иных услуг.

8.6. Сумма оплаченных медицинских и иных услуг по каждому Застрахованному лицу не может превысить величину страховой суммы в отношении данного Застрахованного лица, указанную в Договоре страхования.

IX. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

9.1. Застрахованное лицо имеет право: 9.1.1. на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в объеме видов медицинской помощи, определенном Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и в медицинских учреждениях, в соответствии с условиями Договора страхования; 9.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

9.1.3. Получать разъяснения об условиях настоящих Правил (Условий страхования), Договора страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг.

9.1.4. На получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

9.2. Застрахованное лицо обязано:

9.2.1. Представлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также необходимую информацию, связанную с исполнением договора страхования;

9.2.2. Соблюдать условия Договора страхования, Правил страхования (Условий страхования);

9.2.3. Соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

9.2.4. Не передавать страховые документы (договор страхования, страховой полис, пропуск в лечебное учреждение) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг возмещаемых в рамках договора страхования Страховщиком. При утере страховых документов незамедлительно известить Страховщика.

9.2.5. Сообщать Страховщику и Страхователю об обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска.

9.2.6. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из медицинских и иных учреждений, в целях исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. Правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для оценки вероятности наступления страхового случая (оценки степени страхового риска);

9.3.2. Уплатить страховую премию/страховые взносы в размере и сроки, определенные Договором страхования;

9.3.3. Довести до каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные Договором страхования;

9.3.4. Представить список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме и в срок, определенный Договором страхования;

9.3.5. Получить согласие (дать согласие, в случае заключения договора страхования в отношении себя) Застрахованных лиц на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по договору страхования;

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. Выбирать из предложенных Страховщиком и по согласованию с ним: Программы добровольного медицинского страхования в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами; медицинские учреждения, оказывающие услуги по договору страхования;

9.4.2. Требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

9.4.3. В случае не предоставления медицинских и иных услуг надлежащего качества, в объеме, предусмотренном Программой страхования, сообщать об этом Страховщику;

9.4.4. Изменить численность Застрахованных лиц по Договору страхования путем подписания дополнительных соглашений к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений, доплатой страховой премии в случае необходимости;

9.4.5. Расторгнуть договор страхования досрочно в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц при наличии их согласия в любое время, направив письменное заявление Страховщику;

9.4.6. Расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком, заключив дополнительное соглашение и уплатив дополнительные страховые взносы;

9.4.7. Досрочно расторгнуть договор страхования.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. Разъяснять Страхователям, Застрахованным, а также лицам, имеющим намерение заключить Договор добровольного медицинского страхования, условия, содержащиеся в Правилах страхования (Условиях страхования), Договорах страхования;

9.5.2. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным;

9.5.3. Обеспечить своевременное вручение страховых полисов и пропусков в лечебные учреждения Страхователю (Застрахованным лицам);

9.5.4. Обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, медицинских и иных услуг, в соответствии с условиями Договора страхования;

9.5.5. Обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц;

9.5.6. В случае невозможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, определенных Договором страхования, организовать представление соответствующих по объему и качеству медицинских и иных услуг Застрахованному лицу на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика.

9.6. Страховщик имеет право:

9.6.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

9.6.2. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования;

9.6.3. Досрочно расторгнуть договор страхования путем одностороннего отказа от его исполнения в следующих случаях:

9.6.3.1. При выявлении факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования/ страхового полиса/ пропуска в лечебное учреждение третьему лицу в целях получения третьим лицом медицинских и иных услуг, возмещаемых в рамках Договора страхования;

9.6.3.2. В случаях, предусмотренных Договором страхования.

9.6.4. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;

9.6.5. Требовать от Застрахованного лица (Страхователя) компенсации расходов Страховщика, возникших в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованным или ложным вызовом Службы скорой и неотложной медицинской помощи, нарушением лечебного режима, если такие действия Застрахованного лица повлекли затраты Страховщика;

9.6.6. На ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, а так же использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованного лица.

9.6.7. Изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь;

9.6.8. Не осуществлять страховую выплату в случаях, прямо предусмотренных в Договоре страхования (Программе страхования, Условиях страхования).

9.7. Договором страхования по соглашению сторон могут быть предусмотрены иные права и обязанности.

Х. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращается в случаях:

10.1.1. Истечения срока его действия;

10.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме;

10.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством;

10.1.4. В случае смерти Застрахованного лица – в отношении данного Застрахованного лица;

10.1.5. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и договором страхования.

10.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика с письменным уведомлением другой стороны не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не определено иное.

Односторонний отказ Страховщика от Договора страхования допустим в случаях, указанных в п.9.6.3 настоящих Правил страхования.

10.3. Договор страхования 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.

10.4. При досрочном расторжении Договора страхования возврат части страховой премии производится в соответствии условиями договора страхования и действующим законодательством РФ.

При страховании с валютным эквивалентом возврат части страховой премии осуществляется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты (перечисления)¹.

10.5. Во всех случаях прекращения Договора страхования Застрахованные обязаны вернуть Страховщику страховые документы (страховые полисы, пропуска в лечебные учреждения), действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

10.6. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если Договор заключен после наступления страхового случая.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

XI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

11.1. Ответственность Страховщика:

11.1.1. В случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного лица при наступлении страхового случая, Страховщик принимает необходимые меры по возмещению этим учреждением нанесенного вреда.

Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, созданной на паритетных началах из представителей Страховщика, Страхователей и медицинского учреждения, а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

11.2. Ответственность Застрахованного лица:

11.2.1. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения лечебного режима, установленного в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить амбулаторно-поликлиническое обслуживание Застрахованного лица или выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в листке нетрудоспособности. При этом Страховщик оставляет за собой право по соглашению со Страхователем расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица.

11.2.2. За необоснованный вызов Застрахованным лицом или его представителем на дом врача, бригады Службы скорой и неотложной медицинской помощи или санитарного транспортного средства Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица. Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) возмещения расходов, понесенных в связи данным с необоснованным вызовом.

11.2.3. Вызов на дом врача, бригады Службы скорой и неотложной медицинской помощи или санитарного транспортного средства считается необоснованным, если вызов был осуществлен:

- для медицинского обслуживания незастрахованного лица;
- по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах;
- к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренных или неотложных видов медицинской помощи (преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости и/или степени срочности организации экстренных или неотложных видов медицинской помощи).

¹ При этом, при расчете страхового возмещения данное условие применяется в случае, если курс соответствующей валюты не превышает максимального курса для выплат, под которым понимается курс валюты, установленный Центральным банком РФ на дату перечисления страховой премии, увеличенной на 1 % (один процент) на каждый месяц (в т.ч. неполный), прошедший с момента перечисления премии. В случае, если курс этой валюты, установленный Центральным банком РФ, превысит вышеуказанный максимальный курс, размер страхового возмещения определяется исходя из максимального курса.

ХП. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

ПРОГРАММА Добровольного медицинского страхования Амбулаторная помощь

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком.
- перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия Договора страхования в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих оказания консультативно- диагностической, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

Объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям

- Первичная (доврачебная) медицинская помощь
- Лечебно-диагностические приемы врачей в удобное для пациента время: терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, эндокринолога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, гастроэнтеролога, кардиолога, физиотерапевта, врача - ЛФК ревматолога, проктолога, невролога и других специалистов; выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов,
- Диагностические исследования: лабораторная диагностика, лучевая диагностика, функциональная диагностика, эндоскопическая диагностика, патологоанатомическая диагностика, другие виды диагностики в соответствии с лицензией медицинского учреждения.
- Методы традиционной медицины: медицинский массаж, мануальная терапия и т.д. в соответствии с лицензией медицинского учреждения.
- Лечебные процедуры: физиотерапия, инъекции и т.д.
- Медицинская помощь на дому клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение.
- Патронаж на дому детей от 0 до 1 года.
- Профилактическая вакцинация,
- Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.

Оплата стоимости медикаментов, предписанных врачами .

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- психических, венерических заболеваний, заболеваний любой формой СПИДа в любой его стадии, особо опасных инфекций;
- всех формах туберкулеза, саркоидоза,

- врожденных и наследственных заболеваниях.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также психического заболевания.

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

- в связи с оплатой услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями, если договором страхования не предусмотрено иное;

- по поводу хирургической коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если иное не оговорено в договоре страхования,

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

ПРОГРАММА

Добровольного медицинского страхования Стационарная помощь

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком.

- перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости экстренного и планового лечения Застрахованного в условиях стационара любого профиля.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия Договора страхования в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих оказания консультативно- диагностической, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

Застрахованному по программе стационарного обслуживания гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг в палатах повышенной комфортности при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинском учреждении ;
- стоимость медицинского обслуживания (диагностических, лечебных процедур, в том числе реабилитационно - восстановительного лечения);
- стоимость услуг, связанных с оказанием первой медицинской помощи;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- стоимость транспортировки в санитарном автомобиле;
- оказание медицинской помощи на дому;
- медицинская реабилитация;
- индивидуальный пост,
- проведение медицинской экспертизы
- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;
- стоимость медикаментов и расходных материалов

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

- при психических, венерических заболеваниях, заболеваниях СПИДом;
- при выявлении всех форм туберкулеза, саркоидоза,
- врожденных и наследственных заболеваниях.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

- при сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах, за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с такими операциями.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг препаратов, лечения, которые не были рекомендованы письменно лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями (если договором не оговорено иное) ;
- по поводу хирургической коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
Стоматологическая помощь

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком.
- перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия Договора страхования в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования при заболеваниях зубов и полости рта, требующих оказания консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования. В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранном медицинском учреждении включаются:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение заболеваний полости рта;
- анестезия;
- рентгенография, визиография, другие обследования;
- терапевтическое лечение кариеса, пульпита, периодонтита, наложение пломб с применением композитных и светоотверждаемых материалов;
- снятие зубных отложений;
- покрытие зубов лаком;
- хирургическое лечение;
- другие необходимые обследования и манипуляции.

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с зубопротезированием.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
Скорая и неотложная медицинская помощь

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату скорой и неотложной медицинской помощи, оказываемой медицинскими бригадами, в санитарном автомобиле при транспортировке в стационар, на дому, на месте происшествия.

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком;
- перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату скорой и неотложной медицинской помощи, оказываемой на дому или по месту нахождения Застрахованного, лечебным учреждением, выбранным Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях требующих скорой и неотложной медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования

По данной Программе предоставляется:

- возможность круглосуточного обращения за медицинской помощью по телефонам _____;
- выезд бригад СМП в пределах территории, оговоренной договором страхования;
- оказание медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением одноразового медицинского инструментария;

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявлении:

- терминальных онкологических; психических, венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;
- всех форм туберкулеза, саркоидоза.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы или письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- в случае получения медицинской помощи и медицинских услуг по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

ПРОГРАММА

Добровольного медицинского страхования

Экстренная медицинская помощь

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком.
- перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату скорой и неотложной медицинской помощи, оказываемой медицинскими бригадами, в санитарном автомобиле при транспортировке в стационар, на дому, на месте происшествия, лечение Застрахованного в условиях стационара любого профиля, в экстренных случаях.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при остром заболевании, внезапном обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, угрожающих жизни или могущих привести к резкому ухудшению здоровья застрахованного лица.

По данной Программе предоставляется:

- возможность круглосуточного обращения за медицинской помощью по телефонам _____;
- выезд бригад СМП в пределах территории, оговоренной договором страхования;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением одноразового медицинского инструментария.

Застрахованному гарантируется предоставление и оплата лечебно-диагностической, и иной помощи, предусмотренной договором страхования в палатах повышенной комфортности, при необходимости его лечения в условиях стационара включая:

- стоимость пребывания в медицинском учреждении;
- стоимость медицинского обслуживания (диагностических, лечебных процедур, в том числе с использованием методов традиционной медицины);
- стоимость услуг, связанных с оказанием первой медицинской помощи;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- оказание медицинской помощи на дому (стационар на дому);
- индивидуальный пост,
- проведение медицинской экспертизы:
 - расходов по пользованию операционной,
 - кабинетом по наложению гипса;
 - стоимость медикаментов и расходных материалов;

- другие процедуры и манипуляции по медицинским показаниям.

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

- при выявлении терминальных онкологических; психических, венерических заболеваний, заболевания СПИДом;

- при выявлении всех форм туберкулеза, саркоидоза,

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

- в связи с оплатой услуг препаратов, лечения, которые не были рекомендованы письменно лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

-- по поводу хирургической коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если иное не оговорено в договоре страхования;

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

ПРОГРАММА

Добровольного медицинского страхования

Комплексная программа.

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком.

- перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических (в том числе на дому), стационарных условиях, скорую медицинскую помощь, стоматологическую помощь, лечение в санаторно-курортных условиях.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, беременности, родах, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, а именно: консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования-

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Первичная (доврачебная) медицинская помощь
- Лечебно-диагностические приемы врачей в удобное для пациента время: терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, эндокринолога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, гастроэнтеролога, кардиолога, физиотерапевта, врача - ЛФК ревматолога, проктолога, невролога и других специалистов; выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов,
- Диагностические исследования: лабораторная диагностика, лучевая диагностика, функциональная диагностика, эндоскопическая диагностика, патологоанатомическая диагностика, другие виды диагностики в соответствии с лицензией медицинского учреждения.
- Методы традиционной медицины: медицинский массаж, мануальная терапия и т.д. в соответствии с лицензией медицинского учреждения.
- Лечебные процедуры: физиотерапия, инъекции и т.д.
- Медицинская помощь на дому клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение.
- Патронаж на дому детей от 0 до 1 года.
- Профилактическая вакцинация,
- Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.
- Оплата стоимости медикаментов, предписанных врачами.

Лечение в условиях стационара.

Застрахованному по программе стационарного обслуживания гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг в палатах повышенной комфортности при необходимости его лечения в условиях стационара,

включая:

- стоимость пребывания в медицинском учреждении;
- стоимость медицинского обслуживания (диагностических, лечебных процедур, в том числе реабилитационно - восстановительного лечения);
- стоимость услуг, связанных с оказанием скорой и неотложной медицинской помощи;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- стоимость транспортировки в санитарном автомобиле;
- оказание медицинской помощи на дому (стационар на дому) ;
- проведение медицинской экспертизы
- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;
- индивидуальный пост;
- другие услуги по медицинским показаниям.

Стоматологическая помощь:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение заболеваний полости рта;
- анестезия,
- рентгенография, визиография, другие обследования,
- терапевтическое лечение кариеса, пульпита периодонтита, наложение пломб с применением композитных и светоотверждаемых материалов;
- снятие зубных отложений;
- покрытие зубов лаком;

- хирургическое лечение;
- другие необходимые обследования и манипуляции.

Медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях.

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с зубопротезированием.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- терминальных онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваний, а также заболевания СПИДом;
- выявлении всех форм туберкулеза, саркоидоза.
- необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;
- сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах, за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с такими операциями.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями, если иное не оговорено договором;
- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз, очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

При отсутствии в данном лечебном учреждении необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному осуществляются консультации и исследования в другом лечебном учреждении из числа сотрудничающих со Страховщиком.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в круглосуточную врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
Дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком.
- наименование медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача.

5. Программа о ведении беременности предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения женщин персональным врачом акушером-гинекологом в амбулаторных условиях до момента транспортировки роженицы в родильный дом.

6. На Протяжении действия Договора беременной женщине гарантировано оказание следующих медицинских услуг по медицинским показаниям:

- проведение консультаций врача акушера-гинеколога;
- проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий, таких как: периодические УЗИ-исследования, доплерометрия, кардиомониторный контроль за состоянием плода, определение группы крови и Rh-фактора, исследование по показаниям Rh-антител и титр Rh-антител, исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, гемосиндром, определение глюкозы крови, клинические анализы крови, регулярные исследования мочи, исследования влагалищного отделяемого на флору, определение ХГЧ и АПФ в крови, цитологическое исследование влагалищного мазка, бактериологическое исследование, другие необходимые исследования.
- осмотры врачами - специалистами различных профилей по согласованию с акушером-гинекологом.

Кратность и периодичность проведения осмотров и лабораторных исследований устанавливается на основании инструкций и рекомендаций МЗ РФ, местных комитетов здравоохранения и зависит от индивидуальных особенностей течения беременности, сроков обращения для заключения Договора.

Настоящей Программой не предусмотрено оказание медицинской помощи с применением средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ.

Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется, если иное не оговорено в договоре страхования, застрахованным в следующих случаях:

- выявление заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного или иного облучения,
- онкологических заболеваний,
- выявления венерических заболеваний,
- наличия гнойно-септических очагов инфекции и т.п.,
- наличия пороков сердца с нарушением кровообращения,
- гипертонической болезни II Б и III стадий,
- заболеваниях почек (гломерулонефрит) и т.п.,
- психических расстройствах (эпилепсия, шизофрения) и т.п.,
- при наличии сахарного диабета,
- системных заболеваниях соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.,

- ВИЧ-инфекции и т.п.
- возникновения состояний, требующих оказания скорой и неотложной помощи и (или) медицинской помощи в стационаре.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
Комплексное дородовое наблюдение беременных женщин

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком;
- наименование медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанного медицинского учреждения.

5. Программа амбулаторного ведения беременности предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения женщин персональным врачом акушером-гинекологом до момента транспортировки роженицы в родильный дом.

6.. На Протяжении действия Договора беременной женщине гарантировано оказание следующих медицинских услуг по медицинским показаниям:

- проведение консультаций врача акушера-гинеколога;
- проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий, таких как: периодические УЗИ-исследования, доплерометрия, кардиомониторный контроль за состоянием плода, определение группы крови и Rh-фактора, исследование по показаниям Rh-антител и титр Rh-антител, исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, гемосиндром, определение глюкозы крови, клинические анализы крови, регулярные исследования мочи, исследования влагалищного отделяемого на флору, определение ХГЧ и АПФ в крови, цитологическое исследование влагалищного мазка, бактериологическое исследование, другие необходимые исследования.
- осмотры врачами - специалистами различных профилей по согласованию с акушером-гинекологом.

Кратность и периодичность проведения осмотров и лабораторных исследований устанавливается на основании инструкций и рекомендаций МЗ РФ, местных комитетов здравоохранения и зависит от индивидуальных особенностей течения беременности, сроков обращения для заключения Договора.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату скорой и неотложной медицинской помощи, оказываемой медицинскими бригадами, в санитарном автомобиле при транспортировке в стационар, на дому, на месте происшествия при сроке не более 36 недель беременности.

- лечение Застрахованной в условиях стационара любого профиля, включая оказание акушерско-гинекологической, в экстренных случаях при сроке не более 36 недель беременности.

По данной Программе предоставляется:

- возможность круглосуточного обращения за медицинской помощью по телефонам _____;
- выезд бригад СМП в пределах территории, оговоренной договором страхования;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением одноразового медицинского инструментария;

Застрахованной гарантируется предоставление и оплата лечебно-диагностической, и иной помощи, предусмотренной договором страхования в палатах повышенной комфортности, при необходимости ее лечения в условиях стационара включая:

- стоимость пребывания в медицинском учреждении;
- стоимость медицинского обслуживания (диагностических, лечебных процедур)
- стоимость услуг, связанных с оказанием первой медицинской помощи;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- индивидуальный пост,
- проведение медицинской экспертизы,
- расходов по пользованию операционной,
- стоимость медикаментов и расходных материалов
- другие необходимые услуги по медицинским показаниям.

Настоящей Программой не предусмотрено оказание медицинской помощи с применением средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ.

Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется, если иное не оговорено в договоре страхования, застрахованным в следующих случаях:

- выявление заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного или иного облучения,
- онкологических заболеваний,
- выявления венерических заболеваний,
- наличия гнойно-септических очагов инфекции и т.п.,
- наличия пороков сердца с нарушением кровообращения,
- гипертонической болезни II Б и III стадий,
- заболеваниях почек (гломерулонефрит) и т.п.,
- психических расстройствах (эпилепсия, шизофрения) и т.п.,
- при наличии сахарного диабета,
- системных заболеваниях соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.,
- ВИЧ-инфекции и т.п.

ПРОГРАММА

Добровольного медицинского страхования Ведение родов и послеродового периода.

1. Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком.
- наименование медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения

4. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанного медицинского учреждения.

5. Медицинские услуги, предоставляемые Застрахованной по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности:

5.1. Консультация лечащего врача с выработкой окончательной тактики ведения родов: роды через естественные родовые пути; оперативное родоразрешение - кесарево сечение при наличии абсолютных показаний.

Вопрос о необходимости проведения кесарева сечения при наличии относительных показаний решается в процессе родов, применительно к конкретной ситуации.

При выявлении у Застрахованного специфических, хронических очагов инфекции вопрос о возможности проведения родов решается в индивидуальном порядке.

5.2. Диагностические обследования:

- ультразвуковые исследования, доплерометрия кровотока, кардиотохография плода,
- лабораторно-диагностические обследования, включающие в себя исследования на носительство HBS и HCV антигенов, резус-антитела, RW, ВИЧ, вагинальную флору, внутриутробные инфекции,
- другие исследования по медицинским показаниям.

6. Застрахованному предоставляется скорая и неотложная помощь, медицинская транспортировка:

- вызов бригады скорой помощи, госпитализация Застрахованной при начале родовых схваток, а также при экстренной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод или появлением кровяных выделений.

7. Медицинские услуги, предоставляемые в стационаре (роддоме):

7.1. Использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и фракционного обезболивания в индивидуальных родовых залах, операционных, палатах интенсивной терапии.

7.2. Обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и желания роженицы, осуществляющееся в следующих видах:

- эпидуральная (спинномозговая) анестезия;
- внутривенный наркоз;
- масочная ингаляция закисно-кислородной смесью.

7.3. Использование одноразового инструментария: шприцев, игл, перчаток, режущего инструмента, белья при приеме родов, внутривенных катетеров и т.п.

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

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

9. По совместному желанию родителей и при отсутствии медицинских противопоказаний - присутствие супруга на родах.

10. Программа предусматривает возможность совместного пребывания матери и новорожденного в стационаре (при отсутствии медицинских противопоказаний).

11. В случае отказа матери от совместного пребывания с новорожденным, ребенок помещается в детскую палату, где ему обеспечивается необходимый уход среднего медицинского персонала и квалифицированное наблюдение со стороны врача-неонатолога, в которое входит санитарно-

гигиеническая обработка новорожденного, взвешивание, кормление смесями, имеющими сертификат качества, наблюдение за новорожденным - круглосуточное.

12. Настоящая Программа не предусматривает предоставление следующих услуг:

- применение средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ, в т.ч. применяемых за рубежом,
- привлечение медицинского персонала из медицинских учреждений, с которыми Страховщик не имеет договорных отношений и которые не указаны в настоящем Договоре.

13. Страховщик обязуется обеспечить размещение Застрахованного в 1-2 местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам. Пребывание родильницы и новорожденного в отделениях стационара после физиологически протекавших родов более 4-х дней с момента поступления в стационар и более 7-ми дней после проведения операции Кесарево сечение, без дополнительной оплаты возможно только при наличии соответствующего медицинского заключения лечащего врача.

14. Застрахованная обязана:

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

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

- провести консультацию специалиста в учреждении, где проходили роды,
- в случае необходимости – осуществить транспортировку Застрахованной в медицинское учреждение по месту родов при условии нахождения Застрахованной в пределах оговоренной в договоре территории.
- в случае рекомендации лечащего врача - госпитализировать Застрахованную в гинекологическое отделение.

16. Услуги по оказанию медицинской помощи новорожденному ребенку после выписки из стационара в настоящую Программу не входят.

17. Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется, если иное не оговорено в договоре страхования, пациентам со следующими заболеваниями:

- венерические болезни (сифилис, гонорея и т.п.),
- гнойно-септические очаги инфекции и т.п.,
- пороки сердца с нарушением кровообращения,
- гипертоническая болезнь II Б и III стадий,
- заболевания почек (гломерулонефрит) и т.п.,
- психические расстройства (эпилепсия, шизофрения) и т.п.,
- сахарный диабет,
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.,
- ВИЧ-инфекции и т.п.

18. При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения.

19. Страхователь (Застрахованный) уведомлен о том, что застрахованные женщины, зарегистрированные по месту в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных настоящим Договором.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, просим адресовать в диспетчерскую службу Страховщика по телефону: _____.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
Восстановление и реабилитация
(дополнительная программа))

1. Общие положения.

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при заболевании, травме, отравлении за получением медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях в связи с восстановлением (реабилитацией) Застрахованного.

Медицинская восстановительная (реабилитационная) помощь:

а) амбулаторного характера

- амбулаторный прием специалистами, консультации, лабораторные и инструментальные исследования – в удобное для Застрахованного время (с учетом режима работы Учреждения);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) специальных методик лучевой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, функциональных методик диагностики, использования холтеровского мониторинга, современных эндоскопических методик, исследования гормонов, и другие исследования по медицинским показаниям;
- объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
- обеспечение предметами медицинского ухода;
- консультации Застрахованных специалистами кафедр медицинских ВУЗов;
- противорецидивное лечение;

б) стационарного характера

- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных заболеваний, травм, оперативных вмешательств и других состояний;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, современных эндоскопических методик, холтеровского мониторинга, чрезпищеводной электрокардиографии и другие исследования по медицинским показаниям;
- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, гемосорбцию, УФО крови и плазмаферез, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и другие манипуляции по медицинским показаниям.

- стоимость пребывания в медицинском учреждении;
- стоимость медицинского восстановительного (реабилитационного) обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях;

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- психических, венерических заболеваниях;
- необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;
- при алкоголизме, токсикомании или наркомании.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были признаны врачом-экспертом Страховщика как необходимые и разумные меры;

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

ПРОГРАММА И УСЛОВИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ по полису добровольного медицинского страхования является обращение Застрахованного в течение срока действия договора в лечебное учреждение по поводу острых или обострения хронических заболеваний, травм, отравлений и других состояний, требующих медицинской помощи.

Программы страхования г. Москва (взрослые) 1. «Медицинский адвокат»

Объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям в соответствии с программой «Медицинский адвокат» МКЭ:

Программа предназначена для оказания медицинской помощи взрослым, постоянно проживающим в г. Москве и Подмосковье и ориентирована на обслуживание на дому.

Обслуживание осуществляется Личным врачом.

Режим работы врача: услуги личного врача без выходных и праздничных дней. Количество обращений к врачу не ограничено. Мобильная связь с врачом круглосуточная.

Комплекс медицинских услуг, предоставляемых по Программе:

1. Личный врач:

- амбулаторный прием в офисе врача, визиты врача на дом или по месту работы;
- первичное клиническое обследование, включая неврологическое, офтальмологическое, оториноларингологическое обследование и регистрацию ЭКГ;
- разработка индивидуальной лечебно-профилактической программы, открытие и ведение амбулаторной карты на протяжении всего срока обслуживания;
- профилактическая работа с Клиентом по вопросам оптимизации здорового образа жизни, питания, режима труда и отдыха;
- динамическое наблюдение за пациентами с хронической патологией;

2. Помощь на дому:

- лечение пациента личным врачом на дому при возникновении острого или обострения хронического заболевания до выздоровления;
- по назначению Личного врача и медицинским показаниям - организация “стационара на дому”;
- услуги медицинской сестры на дому: по медицинским показаниям и направлению личного проведение лечебных мероприятий при заболеваниях (инъекции, промывания, перевязки и т.д.), забор биологического материала для анализов;

3. Сервисные услуги:

- оформление медицинской документации (в том числе выдаваемой на руки пациентам): выписки из медицинской карты; справки (кроме справок для ГИБДД и ношения оружия), рецепты (кроме рецептов льготного лекарственного обеспечения), листки нетрудоспособности;
- организация консультаций и консилиумов;
- организация медицинской помощи в лечебном учреждении (при наличии соответствующего полиса ДМС): направление на прием к врачам специалистам, оформление медицинских документов, контроль над проведением диагностических исследований в кратчайшие сроки.
- Организация амбулаторной помощи в лечебных учреждениях, имеющих договоры с ООО «Медицинская компания «Медкорп», соответствующих ценовому уровню поликлиник свободного доступа
- сопровождение клиента в лечебные учреждения для консультаций и обследования.
- организация плановых госпитализаций (при наличии полиса ДМС).
- наблюдение и представление интересов пациента в стационаре.
- организация проведения профилактических противогриппозных прививок (стоимость прививочного материала и выполнение вакцинации не входит в стоимость программы).
- круглосуточная информационно-справочная служба ООО «Медицинская компания «Медкорп» тел. _____

2. ООО «Медицинская компания «МЕДКОРП» осуществляет медицинское обслуживание в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому:

Услуги врача:

- Первичный и повторный прием врачом общей практики амбулаторно;
 - Разработка индивидуальной медицинской программы, открытие и ведение истории болезни;
- мониторинг состояния здоровья;
- Первичный и повторный прием врача общей практики на дому осуществляются по г. Москве и в пределах 30 км от МКАД;
 - Первичный и повторный прием врача общей практики на дому осуществляются по г. Санкт-Петербург и в пределах 30 км от КАД;
 - Первичный и повторный прием врача общей практики на дому осуществляются по г. Самара и в пределах 30 км от административных границ города;
 - Выдача больничных листков, рецептов (кроме льготных) и медицинских справок (кроме справок для ГИБДД ношения оружия, выезда за рубеж, санаторно-курортных карт);
 - Организация медицинской помощи в лечебном учреждении: направление на прием к врачам, оформление медицинских документов, контроль за проведением диагностических исследований;
 - По назначению личного врача - патронаж медицинской сестры на дому, выполнение сестринских манипуляций и процедур, забор и доставка анализов;

3. «Эксклюзивные поликлинические программы»

Услуги Личного Врача, ведущего прием в одной из поликлиник сети.

Только по направлению Личного Врача - консультации специалистов, лечебные и диагностические процедуры на базе поликлиник сети (в объеме программы «Поликлиника»):

4. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание с прямым доступом в лечебные учреждения:

СВА - включая стоматологическое лечение, вызов врача на дом и скорую медицинскую помощь
СВ - включая стоматологическое лечение, вызов врача на дом, без скорой медицинской помощи
В – без стоматологического лечения и скорой медицинской помощи, включая вызов врача на дом
С – включая стоматологическое лечение, без вызова врача на дом и скорой медицинской помощи
При отсутствии категорий С, В и А – амбулаторно-поликлиническое обслуживание без стоматологии, вызова врача на дом и скорой медицинской помощи;

5. Специализированное стоматологическое обслуживание.

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Прием врачей всех специальностей, необходимых для диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи при острых заболеваниях, или обострениях хронических заболеваний, травмах и иных состояниях, послуживших поводом для обращения в лечебные учреждения.
- Проведение диагностических исследований по медицинским показаниям, необходимых для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения:
Лабораторных: клинических, биохимических, микробиологических, аллергологических (кожные пробы), иммунологических, гистологических и цитологических исследований, гормонов щитовидной железы – не более 2 раз в год, не более 5 половых гормонов, ПЦР диагностика на 5 урогенитальных инфекций.
Аппаратных и инструментальных: диагностика функциональная, лучевая диагностика (рентгенологическая КТ, МРТ), ультразвуковая, эндоскопическая и иная (за исключением нетрадиционных методов).
- Оказание лечебной помощи с применением (по показаниям) терапевтических, физиотерапевтических, хирургических (включая малые хирургические вмешательства) и иных методов лечения, применяемых в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Физиотерапевтическое лечение (лазеро-, свето-, магнито-, электро-, теплолечение, ингаляции, мануальная терапия до 10 процедур за год, иглорефлексотерапия до 10 процедур за год, классический массаж до 5 сеансов за год, если они являются неотъемлемой частью лечения острого заболевания).
- Экспертиза временной нетрудоспособности. Оформление медицинских документов: листков временной нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов на приобретение лекарств (за исключением льготных), направлений на госпитализацию, выписок из истории болезни и др. (кроме справок для ГИБДД, разрешительных инстанций, санитарных книжек, оформления приобретения, хранения и ношения оружия, посещения бассейна, поступления в учебные заведения).
- Лечение патологии беременности на сроке до 8 недель.
- По согласованию со страхователем консультативные услуги и диагностика в ведущих медицинских научных центрах. Оказывается строго по медицинским показаниям по направлениям лечащих врачей до установления диагноза.

Программа «Медицинская помощь на дому»:

Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача; включает в себя: вызов врача-терапевта на дом (в пределах МКАД, в рабочие дни и часы); выдачу листов нетрудоспособности и рецептов (кроме льготных).

Стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь:

Терапевтическая стоматология:

- лечение кариеса (поверхностного, среднего, глубокого, пришеечного), рецидива кариеса, дефекта пломбы, клиновидного дефекта, пульпита (острого или обострения хронического), периодонтита (острого или обострения хронического, а также ранее леченного), с условием разрушения коронки зуба не более 50 % с оказанием следующих услуг;
- вскрытие пульпарной камеры, экстирпация пульпы, наложение безмышьяковистой пасты, расширение канала, инструментальная и медикаментозная обработка канала, пломбирование канала гуттаперчевыми штифтами или пастами, временная пломба, при обострении хронического периодонтита ранее леченого зуба – распломбирование корневого канала;
- снятие над- и поддесневых отложений при лечении кариеса отдельных зубов;
- рентгеновский снимок (прицельный, ортопантомография), анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая), удаление дефектной пломбы, обработка кариозной полости, постановка и полировка пломбы из светоотверждаемых материалов (до трех поверхностей);
- терапевтическое лечение заболеваний пародонта;
- снятие зубных отложений;
- покрытие зубов фтористыми препаратами (в лечебных целях – при лечении гиперестезии твердых тканей зубов).

Хирургическая стоматология:

- включает удаление зуба (простое и сложное), наложение шва на края лунки, остановку луночкового кровотечения, иссечение десневого капюшона над зубом при перикоронарите, извлечение инородного тела из канала зуба, вскрытие воспалительного инфильтрата (абсцесса), лечение альвеолита.
- неотложная помощь, в т.ч. хирургическая помощь.
- методы диагностики – рентгенография.

Программой не предусмотрена оплата следующих медицинских услуг:

- любые виды протезирования, имплантации (включая подготовку) и ортодонтического лечения;
- установка любых штифтовых конструкций (кроме гуттаперчевых штифтов) при лечении простого или осложненного кариеса;
- лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими или ортодонтическими конструкциями;
- замена пломб и пломбирование зубов по косметическим и профилактическим показаниям;
- лечение и восстановление зубов, имеющих разрушение коронковой части более 50 %.
- пластика тяжелей, уздечек языка, губ, вестибулопластика, шинирование зубов при лечении заболеваний пародонта;
- хирургическое лечение заболеваний пародонта;
- устранение косметических дефектов;
- отбеливание зубов.

6. Вызов врача на дом из ООО «Медкорп» без неотложной медицинской помощи (МХЗЕ.) осуществляется в пределах 30 км от МКАД. Вызов врача по телефону диспетчерской службы компании: тел. _____

7. Программа «Консультативные услуги в ведущих медицинских научных центрах» (КБН-1)
Оказываются в случае медицинских показаний по направлению лечащего врача до установления диагноза. В программу не входят диагностические исследования и диспансерное наблюдение.

8. Круглосуточная скорая и неотложная медицинская помощь ведущих клиник г. Москвы
выезд бригады СМП и осмотр врача, проведение экспресс-диагностики, купирование неотложного состояния; транспортировка в стационары г. Москвы при необходимости экстренной госпитализации.

9. Стационарная медицинская помощь включает в себя экстренную и плановую госпитализацию на базе одного из стационаров г. Москвы.

Экстренная стационарная помощь*:

Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия Договора страхования состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного (по жизненным показаниям) оказания медицинской помощи в условиях стационара. Право выбора стационара остается за Страховщиком. Госпитализация осуществляется круглосуточной диспетчерской службой Страховщика.

Госпитализация осуществляется в стандартные 2-3 местные палаты, при отсутствии мест в 1-но местные палаты с последующим переводом.

Страховщик оплачивает следующие виды медицинских услуг стационара, проводимые по поводу основного заболевания (и его осложнений), послужившего непосредственной причиной госпитализации или при возникновении другой экстренной ситуации в период стационарного лечения:

- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- диагностические, клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования,
- хирургическое и / или консервативное лечение, включая перевязки, лекарственное обеспечение, введение лекарственных препаратов, физиотерапевтическое лечение и т.п. мероприятия, проводимые по поводу основного заболевания, послужившего непосредственной причиной госпитализации или при возникновении одновременно другой экстренной ситуации в период стационарного лечения;
- обеспечение предметами ухода за тяжелобольными;
- пребывание в стандартной палате стационара,
- питание (в том числе лечебное),
- наблюдение и уход медицинского персонала;
- консультации и иные профессиональные услуги врачей.

* В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения муниципальную больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в страховую медицинскую программу (при отсутствии медицинских противопоказаний к транспортировке, с согласия или по просьбе Страхователя, Застрахованного или его ближайших родственников).

Плановая госпитализация

Организуется Страховщиком по направлению лечащего врача на основании: амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты до госпитального обследования. Госпитализация производится в стационар из числа указанных в программе Застрахованного. Сроки госпитализации определяются индивидуально. Плановая госпитализация осуществляется не менее, чем за 20 дней до окончания действия договора страхования.

Лечение в стационаре одного дня (по согласованию со Страховщиком, при наличии в полисе плановой госпитализации): амбулаторные операции, манипуляции и процедуры (урологические, гинекологические, хирургические, офтальмологические, отоларингологические и т.д.); консервативное лечение (перевязки, внутривенные вливания и капельницы, другие инъекции); консультации и другие профессиональные услуги врачей; лабораторные и инструментальные исследования; пребывание на стационарной койке в течение 1-6 час, уход медицинского персонала.

10. По страховому полису добровольного медицинского страхования **СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ** является обращение Застрахованного по поводу кариеса, заболеваний пародонта и периодонта, болезней пульпы зуба.

Объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям:

Терапевтическая стоматология:

лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием светоотверждаемых пломбировочных материалов.

лечение острого и хронического пульпита; хронического периодонтита в фазе обострения; механическая и медикаментозная обработка и пломбирование зубных каналов (с использованием гуттаперчевых штифтов);

снятие над- и поддесневых отложений при лечении кариеса отдельных зубов;

терапевтическое лечение заболеваний пародонта начальных форм и средней степени тяжести;

покрытие зубов фтористыми препаратами (в лечебных целях – при лечении гиперестезии твердых тканей зубов).

Хирургическая стоматология:

удаление зубов в лечебных целях; кроме ретинированных и дистопированных;

разрезы при периоститах, периодонтитах, вскрытие абсцессов, иссечение слизистого «капюшона».

Неотложная помощь, в т.ч. хирургическая помощь.

Анестезиологические манипуляции (анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

Методы диагностики – рентгенография.

Подготовка к протезированию – при условии протезирования на базе выделенных * клиник.

Исключения из страхового покрытия. СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ не является:

1. замена пломб и пломбирование зубов по косметическим и профилактическим показаниям;
2. протезирование;
3. восстановление коронковой части зубов, разрушенной более чем на 1/2, с помощью пломбировочных материалов;
4. пластика тяжей, уздечек языка, губ, вестибулопластика, шинирование зубов при лечении заболеваний пародонта;
5. ортодонтическое лечение;
6. имплантация;
7. ортопантомограмма.
8. отбеливание зубов.

11. Вакцинация от гриппа проводится централизованно в офисе компании не более одного раза за весь период страхования вакциной, рекомендованной Страховщиком, в срок, согласованный со Страховщиком.

12. Исключения и ограничения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением нижеперечисленных заболеваний и их осложнений с момента постановки и (или) уточнения диагноза**:

1. Злокачественные онкологические заболевания, гемобластозы, любые опухоли ЦНС;
2. Заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалией развития;
3. Оперативные вмешательства на сердце и магистральных сосудах (в том числе, диагностические), нейрохирургические операции, операции по пересадке и / или протезированию органов и тканей;
 - Системные заболевания: коллагенозы, васкулиты и др.;
 - Туберкулез;
 - Саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь;
 - Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
 - Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
4. Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, иные заболевания, передающиеся половым путем; подтвержденные иммунодефицитные состояния;
5. Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка; хронические вирусные заболевания, включая хронические гепатиты, циррозы, хронические кожные заболевания, включая удаление невусов, папиллом, кондилом, лечение мозолей;
6. Психические заболевания, эпилепсия и их прямые осложнения, возникшие в связи с заболеваниями психической природы (травмы, ожоги и т.д.);
7. Сахарный диабет 1 и 2 типа и его осложнения;
8. Алкоголизм, наркомания, токсикомании, их осложнения и последствия;
9. Профессиональные заболевания, в том числе, хронические интоксикации и другие заболевания, вызванные воздействием химических и физических производственных факторов.
10. Глубокие и распространенные микозы.
11. Любые медицинские услуги, не предписанные врачом;
12. Неявка на прием к врачу, ложный вызов бригады скорой помощи или врача на дом;
 - Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью (за исключением лечения патологии беременности на сроке до 8 недель), дородовое наблюдение, родовспоможение (если иное не предусмотрено договором), искусственное прерывание беременности (в том числе миниаборт);
 - Лечение и консультации по поводу сексуальных расстройств и бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС);
 - Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов в аптечной сети, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов или имплантатов, а также расходы на индивидуальный подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений;
 - Плановое предоперационное обследование (определение группы крови и резус фактор, исследование крови на сахар, ВИЧ, гепатиты В и С, RW), если в программу страхования не входит стационарное лечение (плановая госпитализация);
 - Плановое хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
 - Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей;
 - Следующие диагностические исследования: генетические исследования, комплексная ДНК-диагностика наследственных заболеваний;
18. Экстракорпоральные методы лечения, лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, нормогипербарическая оксигенация;
 - Лечебный массаж свыше 5 процедур или проводимый в профилактических целях.
 - Оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал, гидромассаж, косметология),
 - Профилактическая вакцинация, кроме вакцинации против гриппа;
 - Нетрадиционные методы диагностики и лечения, в том числе, диагностика и лечение по Фоллю, ирридиодиагностика, биолокационная диагностика, компьютерная рефлексодиагностика, фитотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др., а так же психотерапия и лечение гипнозом;

- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты, санитарной книжки и т.п.;

- Профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных, и назначенные в связи с этим дообследования (функциональных пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные и иные исследования, консультации и т.д.).

19. Медицинские услуги, оказанные Застрахованному, в связи с: получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий; умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведён до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

Программы страхования г. Москва (дети):

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание с прямым доступом в лечебные учреждения:

СВА - включая стоматологическое лечение, вызов врача на дом и скорую медицинскую помощь.

Лабораторно-диагностические исследования:

бактериологические исследования, биохимические, общеклинические, иммунологические и серологические исследования; исследование гормонов щитовидной железы; не более одного раза в течение срока страхования - исследование методом ПЦР на 5 урогенитальных инфекций; рентгенодиагностика, ультразвуковые исследования; функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД); эндоскопические исследования органов пищеварения, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография;

Лечебные процедуры: физиотерапия (электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия), ЛФК (не более 10 процедур в течение срока страхования), классический лечебный массаж (не более 10 процедур в течение срока страхования),

Стоматология: лечение острых заболеваний слизистой оболочки полости рта; рентгеновское и радиовизиографическое обследование; неотложная хирургическая помощь.

Медицинская помощь на дому клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение, оказывается в пределах МКАД (в рабочие дни и часы): первичный, повторный осмотр врача-педиатра на дому;

Круглосуточная скорая медицинская помощь осуществляется в пределах МКАД: выезд бригады СМП и осмотр врача, проведение экспресс-диагностики, купирование неотложного состояния; транспортировка в стационары г. Москвы при необходимости экстренной госпитализации.

Исключения из страхового покрытия. СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ не является обращение Застрахованного в лечебное учреждение по поводу:

1. онкологических заболеваний, а также их осложнений, заболеваний крови опухолевой природы, всех опухолей центральной нервной системы;
2. венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, подтвержденных иммунодефицитных состояний, заболеваний, передающихся половым путем, их лечения и контроля после лечения, особо опасных инфекций; «атипичной пневмонии» SARS;
3. психических заболеваний и их осложнений, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы; психодиагностики и психотерапии; диагностики и лечения расстройств сна;
4. туберкулеза, саркоидоза независимо от клинической формы и стадии процесса;
5. сахарного диабета (I и II типа) и его осложнений;

6. хронической почечной недостаточности, проведения гемодиализа;
7. заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации и пластики, протезирования, в том числе эндопротезирования, имплантации, реконструктивных операций всех видов; процедур и операций, проводимых с эстетической или косметической целью;
8. острой и хронической лучевой болезни и их осложнений;
9. косметических дефектов, пластических операций;
10. нейрохирургических вмешательств, сердечно-сосудистых заболеваний и ортопедических заболеваний, требующих хирургического лечения;
11. врожденной и наследственной патологии (включая хромосомные нарушения, последствия родовых травм);
12. демиелинизирующих болезней, эпилепсии, церебрального паралича, рассеянного склероза, дисциркуляторной энцефалопатии; кондуктивной и нейросенсорной потери слуха;
13. системных заболеваний соединительной ткани, всех недифференцированных коллагенозов; бронхиальной астмы (атопической формы, рецидивирующего течения);
14. хронических кожных заболеваний, микозов; удаления и лечения мозолей, папиллом, бородавок, невусов и кондилом;
15. любых заболеваний лиц, имеющих инвалидность I и II групп (не зависимо от срока установления инвалидности);
16. ангиографии, исследования гормонального профиля (кроме гормонов щитовидной железы), иммунного статуса, интерферонового статуса, определения специфических иммуноглобулинов, онкомаркеров, скрининга аллергенов, любых генетических и цитогенетических исследований, ДНК-диагностики (кроме диагностики острых инфекционных заболеваний); микробиологического исследования при урогенитальных инфекциях, денситометрии, исследования нарушений метаболизма, минерального обмена и маркеров резорбции костей.
17. вакцинации детей на дому; специфической иммунизации с различными аллергенами, реабилитационного лечения и профилактических мероприятий; обследования и выдачи справок для выезда за границу, обследования для госпитализации, обследования для выдачи санаторно-курортной карты и посылного листа в МСЭК.
18. мануальной терапии, всех видов массажа и рефлексотерапии (за исключением классического лечебного массажа); гомеопатии, биорезонансной терапии, диагностики и лечения по методу Фолля, аутогемотерапии, гирудотерапии, лазеротерапии, нетрадиционных методов лечения, посещения солярия;
19. медицинских услуг, выполняемых в условиях "стационара одного дня" и курсового лечения на дому; инъекционной флебосклеротерапии, контактной и лазерной коррекции зрения, лечения косоглазия и близорукости, хромостимуляции, лечения на аппарате «Амблиокор», экстракорпоральных методов лечения, включая над- и внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез, гемосорбцию, колоногидротерапию, все виды гипо-, нормо- и гипербарической оксигенотерапии.

В программу не входят услуги, которые не оказываются в указанном ЛПУ.

2. Специализированное стоматологическое обслуживание:

Объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям:

Терапевтическая стоматология:

лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием светоотверждаемых пломбировочных материалов.

лечение острого и хронического пульпита; хронического периодонтита в фазе обострения;

механическая и медикаментозная обработка и пломбирование зубных каналов (с использованием гуттаперчевых штифтов);

снятие над- и поддесневых отложений при лечении кариеса отдельных зубов;

терапевтическое лечение заболеваний пародонта начальных форм и средней степени тяжести;

покрытие зубов фтористыми препаратами (в лечебных целях – при лечении гиперестезии твердых тканей зубов).

Хирургическая стоматология:

удаление зубов в лечебных целях; кроме ретинированных и дистопированных; разрезы при периоститах, периодонтитах, вскрытие абсцессов, иссечение слизистого «капюшона».

Неотложная помощь, в т.ч. хирургическая помощь.

Анестезиологические манипуляции (анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

Методы диагностики – рентгенография.

Подготовка к протезированию – при условии протезирования на базе выделенных * клиник.

Исключения из страхового покрытия. СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ не является:

1. замена пломб и пломбирование зубов по косметическим и профилактическим показаниям;
2. протезирование;
3. восстановление коронковой части зубов, разрушенной более чем на 1/2, с помощью пломбировочных материалов;
4. пластика тяжей, уздечек языка, губ, вестибулопластика, шинирование зубов при лечении заболеваний пародонта;
5. ортодонтическое лечение;
6. имплантация;
7. ортопантомограмма.
8. отбеливание зубов.

3. Скорая медицинская помощь (А0Д(0-16)):

– скорая медицинская помощь для детей от 0 до 16 лет в пределах МКАД.

выезд бригады СМП и осмотр врача, проведение экспресс-диагностики, купирование неотложного состояния; транспортировка в стационары г. Москвы при необходимости экстренной госпитализации. Вызов врача по телефону круглосуточной диспетчерской службы компании: тел.

4. Стационарная медицинская помощь включает в себя экстренную госпитализацию на базе стационаров, предусмотренных в программе.

Программа «Стационарное обслуживание»:

Осуществляется в случаях, когда проведение лечения возможно только в стационарных условиях. Право выбора стационара остается за Страховщиком.

Объем услуг:

Госпитализация в 2-3-х местную палату для детей до 3-х лет осуществляется с одним из родителей. Консультации и другие профессиональные услуги врачей. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля: педиатрия (общая), кардиология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология, неврология; инфекционные болезни, в том числе все острые гепатиты (если в стационаре, включенном в программу Застрахованного, есть инфекционное отделение); травматология, урология, хирургия (общая), сосудистая хирургия, проктология, гинекология, отоларингология, офтальмология.

Консервативное (в т.ч., перевязки) и/или оперативное лечение в необходимом объеме.

Назначение и применение лекарственных препаратов, анестетиков, кислорода и т.д.

Физиолечение: электро-, магнито-, звуко-, свето-, лазеро-, теплолечение, ингаляции, классический лечебный массаж, занятия ЛФК, классическая корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия - по назначению врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

Лечебное питание. Уход медицинского персонала.

Экстренная госпитализация

осуществляется по жизненным показаниям при состоянии здоровья, требующем срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара; производится страховой компанией в стационары, предусмотренные программой Застрахованного, с учетом наличия свободных мест.

В исключительных случаях экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения застрахованного городскую больницу, способную оказать соответствующую помощь, в том числе с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. В дальнейшем застрахованный, с учетом его согласия и состояния здоровья, может быть переведен Страховщиком в лечебное учреждение из числа предусмотренных в программе.

Если при поступлении, в связи с отсутствием мест в палате, предусмотренной Договором, пациента разместили в многоместной палате, то Страховщик принимает все меры для перевода Застрахованного в палату с количеством мест, оговоренных в Договоре.

Программы страхования г. Санкт-Петербург и Ленинградская область

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Прием врачей всех специальностей, необходимых для диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи при острых заболеваниях, или обострениях хронических заболеваний, травмах и иных состояниях, послуживших поводом для обращения в лечебные учреждения.

- Проведение диагностических исследований по медицинским показаниям, необходимых для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения:

Лабораторных: клинических, биохимических, гормонов щитовидной железы – не более 2 раз в год, не более 5 половых гормонов, ПЦР диагностика на 5 урогенитальных инфекций, микробиологических исследований один раз за срок страхования (кроме аллерго-иммунологических, гистологических и цитологических исследований).

Аппаратных и инструментальных: диагностика функциональная, лучевая диагностика (рентгенологическая КТ, МРТ), ультразвуковая, эндоскопическая и иная (за исключением нетрадиционных методов).

- Оказание лечебной помощи с применением (по показаниям) терапевтических, физиотерапевтических, хирургических (включая малые хирургические вмешательства) и иных методов лечения, применяемых в амбулаторно-поликлинических условиях.

- Физиотерапевтическое лечение (лазеро-, свето-, магнито-, электро-, теплолечение, ингаляции, мануальная терапия до 10 процедур за год, иглорефлексотерапия до 10 процедур за год, классический массаж до 5 сеансов за год, если они являются неотъемлемой частью лечения острого заболевания).

- Экспертиза временной нетрудоспособности. Оформление медицинских документов: листков временной нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов на приобретение лекарств (за исключением льготных), направлений на госпитализацию, выписок из истории болезни и др. (кроме справок для ГИБДД, разрешительных инстанций, санитарных книжек, оформления приобретения, хранения и ношения оружия, посещения бассейна, поступления в учебные заведения).

- Лечение патологии беременности на сроке до 8 недель.

- По согласованию со страхователем консультативные услуги и диагностика в ведущих медицинских научных центрах. Оказывается строго по медицинским показаниям по направлениям лечащих врачей до установления диагноза.

Стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь:

Программа «Стоматология»

Первичные, повторные и консультативные приемы врачей-специалистов (в том числе пародонтолога).

Анестезия местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная).

Рентгенологическая диагностика (в т.ч. радиовизиография).

Физиотерапевтическое стоматологическое лечение.

- Терапевтическая стоматология:

Лечение кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита) с использованием импортных светоотверждаемых композитов при пломбировании зубов (при разрушении менее чем на 50% коронковой части зуба).

Пломбирование корневых каналов зубов любыми материалами, исключая термофилы.

Лечение воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, стоматита, гингивита.

Снятие зубных отложений не более 1 раза в течение срока страхования с последующим покрытием зубов фторсодержащими препаратами (без глубокого фторирования) при гиперэстезии.

- Неотложная хирургическая стоматология:

Удаление зубов (кроме удаления зубов по ортодонтическим и ортопедическим показаниям).

Лечение перикоронарита, вскрытие абсцессов.

- Лечение острых состояний при заболеваниях пародонта (не более трех сеансов консервативного лечения в течение срока страхования).

Исключение из страхового покрытия (методы диагностики, лечения, патологические состояния, заболевания):

- Лечение пародонтоза и хронического пародонтита, требующего использования любого хирургического метода, включая кюретаж; удаление ретинированных и дистопированных зубов; применение жидкотекучего композита, «сэндвич-методики»; условное лечение зубов (без гарантии); лечение зубов с использованием депофореза; пломбирование каналов термофилами; пластические операции; устранение косметических дефектов (включая отбеливание зубов и снятие налетов (если иное не предусмотрено программой страхования), исправление клиновидного дефекта; герметизация фиссур).

- Патология, требующая ортодонтического лечения, специальная подготовка к ортодонтическому лечению: эндодонтическое лечение зубов (с ранее запломбированными каналами) и удаление по ортодонтическим показаниям.

- Патология, требующая ортопедического лечения, специальная подготовка к протезированию: ревизия пломб, эндодонтическое лечение и удаление зубов по ортопедическим показаниям, распломбировка каналов под штифтовые конструкции, устранение экзостозов, костных образований, иссечение тяжелей слизистой.

- Косметические дефекты зубов и тканей челюстно-лицевой области, замена пломб по косметическим показаниям, микропротезирование (вкладки, виниры, реставрации, использование любых видов штифтовых конструкций).

- Плановая (вне обострения) терапевтическая и хирургическая санация полости рта с диагнозом: Хронический периодонтит и хронический пульпит.

- Профилактические мероприятия, отбеливание зубов. Обучение гигиене полости рта.

- Использование штифтовых конструкций всех видов, кроме гуттаперчевых штифтов при лечении пульпитов.

Вызов врача на дом (помощь на дому):

Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача; включает в себя: вызов врача на дом, выдачу больничных листов нетрудоспособности и рецептов (кроме льготных). Вызов врача на дом осуществляется:

- в пределах КАД г. Санкт-Петербург (за исключением Кронштадт) для г. Санкт-Петербурга.

Круглосуточная скорая медицинская помощь:

Оказывается в случаях возникновения состояний и заболеваний, угрожающих жизни и здоровью Застрахованных.

Объем помощи: выезд бригады СМП, осмотр врача, проведение экспресс-диагностики, купирование неотложного состояния; медицинская транспортировка в стационар при необходимости экстренной госпитализации. Выезд бригады СМП осуществляется:

- По г. Санкт-Петербург и Ленинградской области – в пределах административных границ города и по Ленинградской области, включая города: Пушкин, Выборг, Гатчина, Кириши, Кировск, Сосновый Бор, Тосно, Пикалево.

Экстренная стационарная помощь*:

Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия Договора страхования состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного (по жизненным показаниям) оказания медицинской помощи в условиях стационара. Право выбора стационара остается за Страховщиком. Госпитализация осуществляется круглосуточной диспетчерской службой Страховщика.

Госпитализация осуществляется в стандартные 2-3 местные палаты, при отсутствии мест в 1-но местные палаты.

Страховщик оплачивает следующие виды медицинских услуг стационара, проводимые по поводу основного заболевания (и его осложнений), послужившего непосредственной причиной госпитализации или при возникновении другой экстренной ситуации в период стационарного лечения:

- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- диагностические, клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования;
- хирургическое и / или консервативное лечение, включая перевязки, лекарственное обеспечение, введение лекарственных препаратов, физиотерапевтическое лечение и т.п. мероприятия, проводимые по поводу основного заболевания, послужившего непосредственной причиной госпитализации или при возникновении одновременно другой экстренной ситуации в период стационарного лечения;
- обеспечение предметами ухода за тяжелобольными;
- пребывание в стандартной палате стационара,
- питание (в том числе лечебное),
- наблюдение и уход медицинского персонала;
- консультации и иные профессиональные услуги врачей.

* В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения муниципальную больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в страховую медицинскую программу (при отсутствии медицинских противопоказаний к транспортировке, с согласия или по просьбе Страхователя, Застрахованного или его ближайших родственников).

Плановая госпитализация программой не предусмотрена.

Исключения и ограничения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением нижеперечисленных заболеваний и их осложнений с момента постановки и (или) уточнения диагноза**:

1. Злокачественные онкологические заболевания, гемобластозы, любые опухоли ЦНС;
2. Заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалией развития;
3. Оперативные вмешательства на сердце и магистральных сосудах (в том числе, диагностические), нейрохирургические операции, операции по пересадке и / или протезированию органов и тканей;
 - Системные заболевания: коллагенозы, васкулиты и др.;
 - Туберкулез;
 - Саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь;
 - Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
 - Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
4. Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, иные заболевания, передающиеся половым путем; подтвержденные иммунодефицитные состояния;
10. Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка; хронические вирусные заболевания, включая хронические гепатиты, циррозы, хронические кожные заболевания, включая удаление невусов, папиллом, кондилом, лечение мозолей;
11. Психические заболевания, эпилепсия и их прямые осложнения, возникшие в связи с заболеваниями психической природы (травмы, ожоги и т.д.);
12. Сахарный диабет 1 и 2 типа и его осложнения;
13. Алкоголизм, наркомания, токсикомании, их осложнения и последствия;
14. Профессиональные заболевания, в том числе, хронические интоксикации и другие заболевания, вызванные воздействием химических и физических производственных факторов.
15. Глубокие и распространенные микозы.
17. Любые медицинские услуги, не предписанные врачом;
18. Неявка на прием к врачу, ложный вызов бригады скорой помощи или врача на дом;
 - Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью (за исключением лечения патологии беременности на сроке до 8 недель), дородовое наблюдение, родовспоможение (если иное не предусмотрено договором), искусственное прерывание беременности (в том числе миниаборт);
 - Лечение и консультации по поводу сексуальных расстройств и бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС);
 - Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов в аптечной сети, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов или имплантатов, а также расходы на индивидуальный подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений;
 - Плановое предоперационное обследование (определение группы крови и резус фактор, исследование крови на сахар, ВИЧ, гепатиты В и С, RW), если в программу страхования не входит стационарное лечение (плановая госпитализация);
 - Плановое хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
 - Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей;
 - Следующие диагностические исследования: генетические исследования, комплексная ДНК-диагностика наследственных заболеваний;
19. Экстракорпоральные методы лечения, лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, нормо-гипербарическая оксигенация;
 - Лечебный массаж свыше 5 процедур или проводимый в профилактических целях.
 - Оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал, гидромассаж, косметология),
 - Профилактическая вакцинация, кроме вакцинации против гриппа;
 - Нетрадиционные методы диагностики и лечения, в том числе, диагностика и лечение по Фоллю, ирриодиагностика, биолокационная диагностика, компьютерная рефлексодиагностика, фитотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др., а так же психотерапия и лечение гипнозом;

- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты, санитарной книжки и т.п.;

- Профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных, и назначенные в связи с этим дообследования (функциональных пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные и иные исследования, консультации и т.д.).

20 Медицинские услуги, оказанные Застрахованному, в связи с: получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий; умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведён до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

Программы страхования в регионах (взрослые) Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Прием врачей всех специальностей, необходимых для диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи при острых заболеваниях, или обострениях хронических заболеваний, травмах и иных состояниях, послуживших поводом для обращения в лечебные учреждения.

- Проведение диагностических исследований по медицинским показаниям, необходимых для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения:

Лабораторных: клинических, биохимических, гормонов щитовидной железы – не более 2 раз в год, не более 5 половых гормонов, ПЦР диагностика на 5 урогенитальных инфекций, микробиологических исследований один раз за срок страхования (кроме аллерго-иммунологических, гистологических и цитологических исследований).

Аппаратных и инструментальных: диагностика функциональная, лучевая диагностика (рентгенологическая КТ, МРТ), ультразвуковая, эндоскопическая и иная (за исключением нетрадиционных методов).

- Оказание лечебной помощи с применением (по показаниям) терапевтических, физиотерапевтических, хирургических (включая малые хирургические вмешательства) и иных методов лечения, применяемых в амбулаторно-поликлинических условиях.

- Физиотерапевтическое лечение (лазеро-, свето-, магнито-, электро-, теплолечение, ингаляции, мануальная терапия до 10 процедур за год, иглорефлексотерапия до 10 процедур за год, классический массаж до 5 сеансов за год, если они являются неотъемлемой частью лечения острого заболевания).

- Экспертиза временной нетрудоспособности. Оформление медицинских документов: листков временной нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов на приобретение лекарств (за исключением льготных), направлений на госпитализацию, выписок из истории болезни и др. (кроме справок для ГИБДД, разрешительных инстанций, санитарных книжек, оформления приобретения, хранения и ношения оружия, посещения бассейна, поступления в учебные заведения).

- Лечение патологии беременности на сроке до 8 недель.

- По согласованию со страхователем консультативные услуги и диагностика в ведущих медицинских научных центрах. Оказывается строго по медицинским показаниям по направлениям лечащих врачей до установления диагноза.

Программа «Медицинская помощь на дому»:

Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача; включает в себя: вызов врача-терапевта на дом (в пределах административных границ города); выдачу листов нетрудоспособности и рецептов (кроме льготных).

Объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям:

А.Терапевтическая стоматология:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием светоотверждаемых пломбировочных материалов.
- лечение острого и хронического пульпита; хронического периодонтита в фазе обострения;
- механическая и медикаментозная обработка и пломбирование зубных каналов (с использованием гуттаперчевых штифтов);
- снятие над- и поддесневых отложений при лечении кариеса отдельных зубов;
- терапевтическое лечение заболеваний пародонта начальных форм и средней степени тяжести;
- покрытие зубов фтористыми препаратами (в лечебных целях – при лечении гиперестезии твердых тканей зубов).

Б. Хирургическая стоматология:

- удаление зубов в лечебных целях; кроме ретинированных и дистопированных;
- разрезы при периоститах, периодонтитах, вскрытие абсцессов, иссечение слизистого «капюшона».
- Неотложная помощь, в т.ч. хирургическая помощь.
- Анестезиологические манипуляции (анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).
- Методы диагностики – рентгенография.

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ не является обращение Застрахованного в лечебное учреждение по поводу:

1. лечения пародонтоза и хронического пародонтита, требующего использования любого хирургического метода, включая кюретаж;
2. ортодонтических нарушений; удаления ретинированных и дистопированных зубов, протезирования зубов и подготовки к нему;
3. лечения зубов с разрушением коронковой части более чем на 1/2 с целью ее восстановления (реставрации); использования парапульпарных, углеводородных, стекловолоконных и анкерных штифтов; установления вкладок, применения жидкотекучего композита, «сэндвич-методики»;
4. условного лечения зубов (без гарантии); лечения ранее депульпированных зубов;
5. лечения зубов с использованием депофореза; пломбирования каналов термофилами; зубосохраняющих операций, альтернативных удалению зубов, при патологии околоверхнечерной ткани; пластических операций; лечебных манипуляций на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями;
6. косметических дефектов (включая отбеливание зубов и снятие налетов любым методом), исправления клиновидного дефекта; герметизации фиссур;
7. травм, полученных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
8. онкологических заболеваний.

Исключения из страхового покрытия

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ не является обращение Застрахованного в лечебное учреждение по поводу:

9. лечения пародонтоза и хронического пародонтита, требующего использования любого хирургического метода, включая кюретаж;
10. ортодонтических нарушений; удаления ретинированных и дистопированных зубов, протезирования зубов и подготовки к нему;
11. лечения зубов с разрушением коронковой части более чем на 1/2 с целью ее восстановления (реставрации); использования парапульпарных, углеводородных, стекловолоконных и анкерных штифтов; установления вкладок, применения жидкотекучего композита, «сэндвич-методики»;

12. условного лечения зубов (без гарантии); лечения ранее депульпированных зубов;
13. лечения зубов с использованием депофореза; пломбирования каналов термофилами; зубосохраняющих операций, альтернативных удалению зубов, при патологии околоверхнечечных тканей; пластических операций;
14. косметических дефектов (включая отбеливание зубов и снятие налетов любым методом), исправления клиновидного дефекта; герметизации фиссур.
15. травм, полученных в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
16. онкологических заболеваний.

Круглосуточная скорая и неотложная медицинская помощь осуществляется в пределах административной границы города:

выезд бригады СМП и осмотр врача, проведение экспресс-диагностики, купирование неотложного состояния; транспортировка в стационары.

Стационарная медицинская помощь включает в себя экстренную госпитализацию на базе одного из стационаров.

Экстренная стационарная помощь*:

Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия Договора страхования состояния, угрожающего жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного (по жизненным показаниям) оказания медицинской помощи в условиях стационара. Право выбора стационара остается за Страховщиком. Госпитализация осуществляется круглосуточной диспетчерской службой Страховщика.

Госпитализация осуществляется в стандартные 2-3 местные палаты, при отсутствии мест в 1-но местные палаты с последующим переводом.

Страховщик оплачивает следующие виды медицинских услуг стационара, проводимые по поводу основного заболевания (и его осложнений), послужившего непосредственной причиной госпитализации или при возникновении другой экстренной ситуации в период стационарного лечения:

- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- диагностические, клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы исследования,
- хирургическое и / или консервативное лечение, включая перевязки, лекарственное обеспечение, введение лекарственных препаратов, физиотерапевтическое лечение и т.п. мероприятия, проводимые по поводу основного заболевания, послужившего непосредственной причиной госпитализации или при возникновении одновременно другой экстренной ситуации в период стационарного лечения;
- обеспечение предметами ухода за тяжелобольными;
- пребывание в стандартной палате стационара,
- питание (в том числе лечебное),
- наблюдение и уход медицинского персонала;
- консультации и иные профессиональные услуги врачей.

* В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения муниципальную больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в страховую медицинскую программу (при отсутствии медицинских противопоказаний к транспортировке, с согласия или по просьбе Страхователя, Застрахованного или его ближайших родственников).

Вакцинация от гриппа проводится централизованно в офисе компании не более одного раза за весь период страхования вакциной, рекомендованной Страховщиком, в срок, согласованный со Страховщиком.

Исключения и ограничения:

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением нижеперечисленных заболеваний и их осложнений с момента постановки и (или) уточнения диагноза**:

1. Злокачественные онкологические заболевания, гемобластозы, любые опухоли ЦНС;
2. Заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалией развития;
3. Оперативные вмешательства на сердце и магистральных сосудах (в том числе, диагностические), нейрохирургические операции, операции по пересадке и / или протезированию органов и тканей;
 - Системные заболевания: коллагенозы, васкулиты и др.;
 - Туберкулез;
 - Саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь;
 - Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения;
 - Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
4. Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, иные заболевания, передающиеся половым путем; подтвержденные иммунодефицитные состояния;
5. Особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, желтая лихорадка; хронические вирусные заболевания, включая хронические гепатиты, циррозы, хронические кожные заболевания, включая удаление невусов, папиллом, кондилом, лечение мозолей;
6. Психические заболевания, эпилепсия и их прямые осложнения, возникшие в связи с заболеваниями психической природы (травмы, ожоги и т.д.);
7. Сахарный диабет 1 и 2 типа и его осложнения;
8. Алкоголизм, наркомания, токсикомании, их осложнения и последствия;
9. Профессиональные заболевания, в том числе, хронические интоксикации и другие заболевания, вызванные воздействием химических и физических производственных факторов.
10. Глубокие и распространенные микозы.
11. Любые медицинские услуги, не предписанные врачом;
12. Неявка на прием к врачу, ложный вызов бригады скорой помощи или врача на дом;
 - Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью (за исключением лечения патологии беременности на сроке до 8 недель), дородовое наблюдение, родовспоможение (если иное не предусмотрено договором), искусственное прерывание беременности (в том числе миниаборт);
 - Лечение и консультации по поводу сексуальных расстройств и бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС);
 - Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов в аптечной сети, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов или имплантатов, а также расходы на индивидуальный подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений;
 - Плановое предоперационное обследование (определение группы крови и резус фактор, исследование крови на сахар, ВИЧ, гепатиты В и С, RW), если в программу страхования не входит стационарное лечение (плановая госпитализация);
 - Плановое хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
 - Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей;
 - Следующие диагностические исследования: генетические исследования, комплексная ДНК-диагностика наследственных заболеваний;

18. Экстракорпоральные методы лечения, лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, нормо-гипербарическая оксигенация;

- Лечебный массаж свыше 5 процедур или проводимый в профилактических целях.
- Оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал, гидромассаж, косметология),
- Профилактическая вакцинация, кроме вакцинации против гриппа;
- Нетрадиционные методы диагностики и лечения, в том числе, диагностика и лечение по Фоллю, иридодиагностика, биолокационная диагностика, компьютерная рефлексодиагностика, фитотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др., а так же психотерапия и лечение гипнозом;
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты, санитарной книжки и т.п.;
- Профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных, и назначенные в связи с этим дообследования (функциональных пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные и иные исследования, консультации и т.д.).

19. Медицинские услуги, оказанные Застрахованному, в связи с: получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий; умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведён до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

**ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

Программа страхования	Тариф (в %)
Программа амбулаторной помощи	0,6540
Программа стационарной помощи	0,2728
Программа стоматологической помощи	0,2993
Программа скорой и неотложной медицинской помощи	0,0583
Программа экстренной медицинской помощи	0,1479
Комплексная программа	0,6543
Программа дородового наблюдения беременных женщин в амбулаторных условиях	2,6466
Программа комплексного дородового наблюдения беременных женщин	2,2160
Программа ведения родов и послеродового периода	2,6020
Программа восстановления и реабилитация	1,3910
Программа «Медицинский адвокат»	0,52
Программа «Личный врач»	0,42
Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора в Сервисную компанию/к Страховщику с последующей организацией лечения в лечебном учреждении в связи с диагностированием смертельно опасного заболевания и/или назначением проведения хирургического вмешательства, которые были впервые диагностированы или назначены в течение срока страхования, но не ранее 181 календарного дня срока действия договора страхования, а в случае продления договора страхования с 1-го дня срока действия договора страхования..	0,036

Тариф по добровольному медицинскому страхованию представлен для средней страховой суммы 50 000.

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие от 1,01 до 50,0 или понижающие от 0,99 до 0,01 коэффициенты, исходя из возраста, пола Застрахованного, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных его медицинских документов, сроков страхования, стоимости услуг, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

В _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании**

г. _____

« ____ » _____ г.

Заявитель: _____

Юридический Адрес: _____

Банковские реквизиты: _____

Телефон/факс: _____

государственный регистрационный номер _____

ИНН или код иностранной организации Страхователя _____

1. В соответствии с действующим законодательством, правилами добровольного медицинского страхования прошу застраховать работников в кол-ве _____ человек

2. Страховая программа - _____.

3. Страховая сумма составляет - _____.

4. Срок страхования: с « ____ » _____ г. по « ____ » _____ г.

К заявлению прилагается: список Застрахованных на _____ листах.

С Правилами страхования, страховыми программами и перечнем лечебных учреждений, оказывающих помощь Застрахованным, ознакомлен, с их положением согласен и обязуюсь выполнять.

Руководитель предприятия, организации: _____
(подпись)

« ____ » _____ г.

В _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
об индивидуальном добровольном медицинском страховании

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

_____ года рождения, проживающий по адресу: _____

телефон _____ паспорт _____, выдан «___» _____ г.

(где)

ИНН _____

прошу заключить Договор добровольного медицинского страхования в пользу: _____

(Ф.И.О.)

по программе _____

сроком на _____ с «___» _____ г. по «___» _____ г.

При этом сообщаю данные о здоровье:

1. Перенесенные заболевания, травмы, оперативные вмешательства:

2. Условия работы, влияющие (могут влиять) на состояние здоровья:

3. Имею (не имею) инвалидность 1,2,3 группы (подчеркнуть).

Сообщенные Заявителем сведения являются абсолютно точными. Заявитель информирован о том, что в случае сообщения неточных сведений или сокрытия обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик может быть освобожден от обстоятельств по выплате страхового возмещения.

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(подпись)

«___» _____ г.

СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС

Номер полиса:

Категория:

ФИО:

Год рождения:

Домашний адрес:

ВНИМАНИЮ СЛУЖБЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ!

Владелец настоящего полиса имеет право на получение медицинской помощи в лечебных учреждениях, перечисленных на обороте

ПОЛИС ДЕЙСТВИТЕЛЕН с «__» _____ 200_г. по «__» _____ 200_г.

Страховщик _____

Лицевая сторона

Настоящий страховой полис дает право на следующие виды медицинской помощи:

Наименование ЛПУ

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	Справочная Регистратура СМП Вызов на дом	ТЕЛЕФОНЫ
-----------------------	---	----------

КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ДИСПЕТЧЕРСКИЙ ПУЛЬТ: (тел)

Просим Вас предъявить полис вместе с документом, удостоверяющим личность при обращении в указанные лечебные учреждения.

В образец Полиса могут быть внесены изменения, не противоречащие данным правилам и действующему законодательству РФ

ДОГОВОР №
добровольного медицинского страхования

г. Москва

« ____ » _____

ООО «СК «Ренессанс Жизнь», именуемое в дальнейшем «СТРАХОВЩИК», в лице _____ действующего на основании _____ с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «СТРАХОВАТЕЛЬ», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые "СТОРОНЫ", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. СТРАХОВЩИК обязуется за обусловленную настоящим Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных, связанных с ними услуг (далее – «медицинские услуги», или «медицинские и иные услуги», или «медицинская помощь»), оказанных застрахованному по настоящему договору лицу, в пользу которого заключен Договор (далее – «Застрахованные» или «Застрахованные лица»), Медицинскому учреждению, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь и иную помощь в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы).

1.2. Настоящий Договор включает в себя кроме условий, входящих в текст Договора, также и условия, содержащиеся в «Правилах добровольного медицинского страхования» и являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора, далее по тексту настоящего Договора именуемых Правила страхования.

В случае наличия разногласий при толковании условий настоящего Договора и вышеуказанных Правил страхования приоритет имеет настоящий Договор.

1.3. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованных лиц, связанный с расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования (далее – «Программа страхования»).

1.4. Страховым случаем является обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг в течение периода страхования (периода действия Договора) в медицинское учреждение, предусмотренное программой страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при родах, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, предусмотренной программой страхования.

1.5. Общая численность Застрахованных на момент заключения настоящего Договора составляет _____ () человек.

1.6. Список Застрахованных содержится (определен) в приложении № ____ к настоящему Договору, которое является его неотъемлемой частью (далее – «Список застрахованных»).

2. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ВНЕСЕНИЯ.

2.1. Под страховой суммой по настоящему Договору понимается предельный размер страховой выплаты по Договору.

2.2. Страховая сумма по каждому застрахованному составляет по программам амбулаторно-поликлинического, стоматологического обслуживания, скорой медицинской помощи и стационарной помощи составляет _____ рублей.

2.3. Страховые премии по каждому Застрахованному определяются по таблице:

Внутренняя аббревиатура Страховщика - серия страхового медицинского полиса/пластиковой карты	Страховая премия за одного Застрахованного человека	Количество Застрахованных

--	--	--

2.4. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет _____ (_____) рублей.

2.5. Страховая премия уплачивается СТРАХОВАТЕЛЕМ в рассрочку (поквартально) в следующем порядке:

2.6. Моментом уплаты страховой премии (страхового взноса) является дата поступления суммы страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет СТРАХОВЩИКА.

2.7. При увеличении в течение срока действия Договора численности Застрахованных или изменении программы страхования дополнительный страховой взнос уплачивается СТРАХОВАТЕЛЕМ за каждого Застрахованного поквартально с учетом оставшегося периода страхования.

По программам амбулаторно-поликлинического обслуживания, стационарного обслуживания и скорой медицинской помощи дополнительный страховой взнос за принимаемых на страхование лиц рассчитывается пропорционально оставшемуся периоду страхования.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. СТРАХОВЩИК обязан:

3.1.1. Организовать оказание медицинских услуг Застрахованным в соответствии с Программой страхования и условиями, содержащимися в настоящем Договоре.

3.1.2. В срок не позднее 5 (Пяти) рабочих дней с даты вступления в силу настоящего Договора, а так же в течение действия Договора обеспечить прикрепление Застрахованных к медицинским учреждениям, выдать каждому Застрахованному именной страховой медицинский полис добровольного медицинского страхования установленной формы и пропуски в медицинские учреждения.

3.1.3. Контролировать объем, сроки и качество предоставляемой Застрахованным медицинской помощи.

3.2. СТРАХОВЩИК имеет право:

3.2.1. Проверять достоверность данных, сообщаемых ему СТРАХОВАТЕЛЕМ. Если в течение срока действия Договора окажется, что СТРАХОВАТЕЛЬ (Застрахованный) сообщил СТРАХОВЩИКУ заведомо ложные или неполные данные, влияющие на степень риска наступления страхового случая, СТРАХОВЩИК имеет право потребовать уплаты дополнительного страхового взноса, соответствующего возросшей степени риска.

3.2.2. Запрашивать у СТРАХОВАТЕЛЯ данные об изменениях обстоятельств, имеющих значение для оценки страхового риска.

3.2.3. При решении вопроса о страховой выплате запросить дополнительные документы.

3.2.4. Не осуществлять страховую выплату, если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, которые не предусмотрены Договором (Программой страхования);

- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором (Программой страхования),

за исключением случаев, предварительно согласованных со СТРАХОВЩИКОМ.

3.2.1. При выявлении у Застрахованного заболевания или состояния, указанного в разделе «Исключения из страхового покрытия» Программы страхования (приложение №1) снять со страхования данного Застрахованного с даты выявления заболевания или состояния или перевести на программу спец.обслуживания. При этом возврат СТРАХОВАТЕЛЮ страховой премии за не истекший оплаченный период страхования за данного Застрахованного не производится.

3.3. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан:

3.3.1. Уплатить страховую премию в размере в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором.

3.3.2. В случае внесения изменений в список застрахованных оформить дополнительное соглашение. До момента вступления в силу дополнительного соглашения, настоящий Договор сохраняет силу в отношении застрахованных, указанных в ранее представленных списках.

3.3.4. При заключении и в период действия Договора сообщать СТРАХОВЩИКУ обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

3.3.5. В случае получения Застрахованными по настоящему Договору медицинских услуг в объеме, превышающем размер страховой суммы, или не предусмотренных программой страхования, уплатить дополнительную страховую премию в размере и в сроки, определенные соответствующим дополнительным соглашением между Сторонами.

3.3.6. Информировать СТРАХОВЩИКА в течение суток об отказах в предоставлении Застрахованным медицинской помощи (медицинских услуг) в объеме, предусмотренном настоящим Договором.

3.4. СТРАХОВАТЕЛЬ имеет право:

3.4.1. По согласованию со СТРАХОВЩИКОМ вносить изменения в программу страхования, изменять размер страховой суммы, изменять количество Застрахованных путем оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору.

3.4.2. Проводить замену Застрахованных в пределах одной и той же программы страхования и установленной Договором численности в течение срока действия Договора с учетом действующего законодательства РФ.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор заключен на срок с _____ по _____.

4.2. В случае неисполнения СТРАХОВАТЕЛЕМ обязанности по оплате страховой премии, СТРАХОВЩИК имеет право досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке и потребовать возмещения убытков.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ

5.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о форме и содержании Договора;
- сведения о состоянии здоровья Застрахованных, а также случаях их обращения за медицинской помощью;
- сведения о месте жительства и домашнем телефоне Застрахованного.

6. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

6.1. Выплаты по настоящему Договору производятся СТРАХОВЩИКОМ только по страховым случаям, оговоренным в Программе добровольного медицинского страхования.

6.2. СТРАХОВЩИК производит выплаты путем организации оказания медицинских услуг Застрахованным и перечисления денежных средств в медицинское учреждение в счет оплаты оказанных Застрахованным медицинских услуг.

6.3. Сумма оплаченных медицинских услуг по каждому Застрахованному по настоящему Договору за весь период его действия не может превысить величину страховой суммы, указанной в пункте 2.2 настоящего Договора, если Стороны не заключат дополнительное соглашение в соответствии с п. 3.3.5. Договора.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. СТРАХОВАТЕЛЬ имеет право по согласованию со СТРАХОВЩИКОМ в течение срока действия Договора вносить изменения в Список застрахованных. Внесение изменений в Список застрахованных прекращается за 1 (Один) месяц до даты истечения срока действия настоящего Договора.

7.2. При включении новых лиц в Список застрахованных, СТРАХОВАТЕЛЬ подает не позднее, чем за 5 (Пять) календарных дней до предполагаемой даты внесения изменений в Список застрахованных данные о новых Застрахованных (лицах, на которых распространяется действие Договора). Стороны оформляют дополнительное соглашение к Договору, содержащее изменения к Списку застрахованных, сумму страховой премии, подлежащей уплате за этих Застрахованных, и сроки ее уплаты.

7.3. Настоящий Договор, может быть, расторгнут досрочно по инициативе СТРАХОВАТЕЛЯ путем письменного уведомления не позднее, чем за 30 (Тридцать) календарных дней до даты предполагаемого расторжения.

7.4. В случае досрочного расторжения Договора возврат страховой премии осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.5. В случае досрочного расторжения договора страхования СТРАХОВАТЕЛЬ обязан вернуть СТРАХОВЩИКУ страховой полис и пропуск (и), действие которых прекращается с момента окончания срока страхования.

7.6. В случае досрочного прекращения (расторжения) настоящего Договора в отношении какого-либо Застрахованного лица уплаченный СТРАХОВАТЕЛЕМ за каждого Застрахованного страховой взнос возврату не подлежит.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. В случае неуплаты страховых взносов в порядке, предусмотренном пунктом 2.7. настоящего договора, СТРАХОВЩИК вправе отказать в выплате страхового возмещения по страховым случаям, происшедшим в период просрочки (не организовывать медицинское обслуживание и не оплачивать обращения Застрахованных в медицинские учреждения в период просрочки).

8.2. При невозможности оказания медицинских услуг в медицинском учреждении, предусмотренном Договором и/или страховым полисом, СТРАХОВЩИК организует оказание вышеуказанных услуг в ином медицинском учреждении соответствующего уровня и профиля по своему усмотрению.

8.3. В случае виновного (умышленного) причинения медицинским учреждением ущерба здоровью Застрахованного, СТРАХОВЩИК оказывает содействие Застрахованному в ведении переговоров с медицинским учреждением по поводу возмещения ущерба.

8.4. Наличие случаев, указанных в пункте 8.3, а также размер ущерба здоровью Застрахованного, должны быть подтверждены компетентной комиссией, образованной в составе представителей СТРАХОВЩИКА, СТРАХОВАТЕЛЯ, медицинского учреждения, которому предъявлена претензия, с участием Застрахованного.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу – по одному для каждой из Сторон.

10.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору составляются в письменной форме, подписываются и скрепляются печатями Сторон.

10.3. Приложения 1,2,3 являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

Приложение № 1 - Программа и условия добровольного медицинского страхования;

Приложение № 2 - Список застрахованных лиц;

Приложение № 3 - Правила добровольного медицинского страхования.

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

ООО «СК «Ренессанс Жизнь»

От имени СТРАХОВЩИКА

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

М.П.

М.П.

*В Договор могут быть внесены
изменения, не противоречащие
Российскому законодательству*

Приложение № _____
к Договору добровольного
медицинского страхования № _____
от « _____ » _____ 20__ г.

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ
ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № _____

№	Ф.И.О Застрахованного	Пол	Дата Рождения, документ, удостовер яющий личность	Домашний адрес, телефон	Внутренняя аббревиатура Страховщика/ Страховая программа/ Период страхования

ДОГОВОР № _____
на предоставление лечебно-профилактической помощи
(медицинских услуг)

г. Москва

«__» _____ 20__ года.

ООО «СК «Ренессанс Жизнь», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуем(ая) в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обеспечивает выполнение комплекса медицинских услуг, лицам в возрасте с _____, застрахованным в ООО «СК Ренессанс Жизнь». Указанные лица в дальнейшем именуются «Застрахованные»,

1.2. Основанием предоставления Застрахованному медицинских услуг является наличие у Застрахованного действующего страхового медицинского полиса Заказчика и включение его в списки, предоставляемые Заказчиком Исполнителю.

1.3. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость оказанных Застрахованным медицинских услуг, в соответствии с программой страхования, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора (Приложении № 1). Оплата услуг осуществляется в соответствии со статьей 3 настоящего Договора и на основании Прейскуранта на медицинские услуги, утвержденного Исполнителем (Приложение № 2).

2. Обязательства сторон.

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. выдать Застрахованному страховой медицинский полис (сервисную карту), удостоверяющий право Застрахованного на получение услуг, предоставляемых Исполнителем;

2.1.2. предоставлять Исполнителю списки Застрахованных в соответствии с прилагаемой формой (Приложение №3);

2.1.3. своевременно, в установленные настоящим договором сроки, производить платежи Исполнителю за оказанные медицинские услуги;

2.1.4. довести определенный Исполнителем порядок оказания медицинской помощи до Застрахованных.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. обеспечить оказание качественной медицинской помощи Застрахованным. Оказание медицинской помощи осуществляется согласно режиму работы Исполнителя;

2.2.2. обеспечить свободный доступ Застрахованных к лечебно-диагностической базе Исполнителя, оформив, при необходимости, пропуска установленной формы и амбулаторные карты на каждого Застрахованного;

2.2.3. поддерживать качественно высокий уровень комплекса медицинских услуг, оказываемых Исполнителем Застрахованным согласно Приложению № 1 и № 2.

2.2.4. вести учет видов, объемов, стоимости оказанных медицинских услуг Застрахованным, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;

2.2.5. поставить в известность Заказчика о следующих событиях:

а) о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемой медицинской помощи;

а) о выявлении у Застрахованного заболевания (состояния), не входящего в программу страхования (Приложение № 1);

- б) о необходимости оказания Застрахованному медицинской услуги, не входящей в перечень услуг, предоставляемых Исполнителем (Приложении № 2);
- в) об экстренной госпитализации Застрахованного;
- г) о необходимости планового стационарного лечения Застрахованного.

2.2.6. выдавать Застрахованным необходимую медицинскую документацию установленного образца (выписной эпикриз, листок временной нетрудоспособности, направления на госпитализацию, рецепты);

2.2.7. по окончании срока действия настоящего Договора по просьбе Застрахованных или Заказчика выдавать необходимую медицинскую документацию;

2.2.8. оказывать медицинские услуги Застрахованным, которые начали обслуживаться у Исполнителя в течение срока действия настоящего Договора, до конца действия выданных Застрахованным страховых полисов, независимо от окончания срока действия настоящего Договора. Заказчик обязуется оплачивать выставленные Исполнителем счета по указанным Застрахованным, при этом счета должны быть выставлены в точном соответствии с положениями настоящего Договора.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. требовать от Заказчика выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему Договору;

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. требовать от Исполнителя надлежащего выполнения принятых им обязательств по настоящему Договору;

2.4.2. в процессе исполнения настоящего Договора Заказчик вправе вносить изменения в списочный состав прикрепленных как в сторону уменьшения количества прикрепляемых Застрахованных, так и в сторону увеличения.

3. Порядок расчетов.

3.1. По результатам выполненных работ Исполнитель один раз в месяц выставляет Заказчику счет-фактуру за оказанные услуги или акт о выполненных работах. Счет-фактура направляется до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

3.2. Счет-фактура должна содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег, статистическую информацию, включающую: номер страхового полиса, фамилию, имя, отчество застрахованного, код выполненных медицинских услуг, стоимость выполненных медицинских услуг по действующему прейскуранту (Приложение №2), дату оказания медицинской услуги, код основного исполнителя, ссылку на настоящий Договор. Информация об оказанных Застрахованным услугах предоставляется Исполнителем на бумажных и магнитных носителях.

3.3. Расчеты между Сторонами ведутся в безналичном порядке, в рублях.

3.4. Заказчик обязан в течение 10 банковских дней со дня получения счета-фактуры или акта о выполненных работах перечислить деньги на счет Исполнителя.

3.5. Ежеквартально не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, Стороны составляют Акт о взаимных расчетах.

3.7. По окончании действия Договора стороны производят окончательный взаиморасчет в течение 30 календарных дней.

4. Контроль.

4.1. Заказчик контролирует соответствие оказываемых Исполнителем медицинских услуг Застрахованным требованиям настоящего Договора.

4.2. Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Заказчика. Проверка осуществляется ежемесячно в течение 30 банковских дней со дня получения счета за оказанные Застрахованным медицинские услуги, а так же по мере необходимости. Результаты проверок доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя.

4.3. Исполнитель обязан обеспечить представителю Заказчика, осуществляющему проверку, свободное ознакомление с деятельностью Исполнителя, связанной с выполнением данного Договора. Проверку медицинской деятельности, связанной с выполнением данного Договора, может осуществлять только представитель Заказчика, имеющий высшее медицинское образование.

4.4. При несогласии Исполнителя с выводами представителя Заказчика он вправе обратиться за разрешением спора в согласительную комиссию.

4.5. Согласительная комиссия создается из представителей Исполнителя и Заказчика, при необходимости с привлечением независимого эксперта. Расходы по оплате работы независимого эксперта делятся поровну на обе стороны.

5. Ответственность сторон.

5.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, Заказчик уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,5 % от суммы, подлежащей переводу, за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Заказчика от осуществления основного платежа.

5.2. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по факту нарушений, связанных с исполнением настоящего Договора, в течение всего срока действия Договора. При наличии претензий и при согласии с ними, виновная сторона должна в 3-х-дневный срок представить объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе требования, содержащиеся в претензии. В случае несогласия с предъявленными претензиями, Сторона, к которой такие претензии предъявляются, вправе обратиться за разрешением спора в согласительную комиссию.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обязанностей со стороны контрагентов должника, отсутствие на рынке нужных для исполнения товаров, отсутствие у должника необходимых денежных средств.

5.4. Срок исполнения обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени действия обстоятельств непреодолимой силы.

5.5. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательства, обязана немедленно известить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращения вышеуказанных обстоятельств.

5.6. Действие данных обстоятельств должно быть подтверждено документально соответствующей компетентной организацией или государственным органом.

5.7. В случае необоснованного отказа Исполнителя в предоставлении Застрахованному медицинских услуг по настоящему Договору, а также некачественного или неполного предоставления таких услуг, Исполнитель оказывает эти услуги Застрахованному надлежащим образом за свой счет, без выставления счета Заказчику и уплачивает штраф Заказчику в размере стоимости не оказанной, неполно или некачественно оказанной услуги.

6. Уведомления и сообщения.

6.1. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

6.2. Стороны обязуются в трехдневный срок извещать друг друга об изменении своих адресов или реквизитов.

7. Срок действия, изменение и прекращение Договора.

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с " ____ " _____ 200__ г. и действует по " ____ " _____ 200__ г.

Если ни одна из сторон за 1 месяц до окончания настоящего договора не заявит о его расторжении и не предложит иные условия, договор считается продленным на следующий год на тех же условиях.

7.2. Условия Договора могут быть изменены или дополнены в связи с принятием законодательных актов или по предложению одной из сторон. Предложения сторон об изменении или дополнении условий Договора рассматриваются в течение 2 недель с момента поступления. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.3. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

- а) по обоюдному Согласию сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Заказчиком и Исполнителем;
- б) одной из Сторон настоящего Договора в одностороннем порядке:

- при письменном уведомлении другой Стороны о намерении расторгнуть Договор не менее чем за 20 дней до предполагаемой даты расторжения;
- в случае прекращения деятельности, указанной в настоящем Договоре, ликвидации или реорганизации одной из сторон, при этом за другой стороной сохраняется право требовать возмещения убытков;
- в случае существенного нарушения условий данного Договора одной из сторон и невозможности ликвидировать отрицательные последствия такого нарушения иным, нежели расторжение Договора, путем;
- при наступлении обстоятельств, перечисленных в п.5.3. настоящего Договора.

7.4. Прекращение настоящего Договора освобождает стороны от исполнения обязательств по Договору только после того, как они выполнят в отношении Застрахованных свои обязательства, возникшие у них до прекращения настоящего Договора, в полном объеме.

8. Порядок разрешения споров.

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, будут по возможности решаться путем переговоров между Заказчиком и Исполнителем.

8.2. В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. Заключительные положения.

9.1. По вопросам, предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.

9.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у Заказчика, другой у Исполнителя.

9.3. Приложения №№ 1, 2, 3 являются неотъемлемыми частями настоящего Договора.

10. Адреса и банковские реквизиты сторон.

Заказчик: ООО «СК «Ренессанс Жизнь»

Исполнитель:

От имени Заказчика

От имени Исполнителя

/_____
М.П.

/_____
М.П.

В образец Договора могут быть внесены изменения, не противоречащие данным правилам и действующему законодательству