

15 лет создаем ваше будущее

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь» (ООО «СК «Ренессанс Жизнь»)

Приложение № 1 к приказу от 18.09.2019 № 190918 ОГ-оденессано

енессанс Жизнь"

ETCTBEHH

УТВЕРЖДАЮ

Исполнительный вице президент

М.А. Проворов

18 сентября 2019 г.

Первоначальная редакция от 30.09.2015 приказ от 30.09.2015 № 215/ОД/15; Последующие редакции: от 27.04.2016 приказ № 160427-01-од; от 29.06.2016 приказ № 160629-02-од; от 20.12.2016 приказ № 161220-01-од

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ДМС»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.

1.1. В соответствии с настоящими Правилами добровольного медицинского страхования «ДМС» (далее – «Правила», «Правила страхования») и действующим законодательством Российской Федерации (далее – «РФ») Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь» заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее – «Договор», «Договор страхования») с дееспособными физическими лицами или юридическими лицами любой формы собственности, именуемыми в дальнейшем Страхователями. По Договору страхования может быть застраховано здоровье самого Страхователя-физического лица или других, указанных в Договоре лиц, именуемых в дальнейшем Застрахованными.

Настоящие Правила размещены на Официальном сайте Страховщика.

Договор страхования (Программа страхования) может иметь маркетинговое (оригинальное) название.

- 1.2. Аннулирование Договора страхования отказ Страхователя-физического лица от Договора страхования в соответствии с п. 7.4. настоящих Правил страхования с возвратом оплаченной страховой премии в полном объеме Страхователю.
- 1.3. **Амбулаторно-поликлиническое учреждение** любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.
- 1.4. **Болезнь** (заболевание) нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем (Застрахованным) в заявлении (декларации) при заключении Договора, а также явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в период срока страхования.
- 1.5. **Врач (Врач-эксперт, врач-консультант)** специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного (Страхователя/Выгодоприобретателя), и имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации).
- 1.6. **Выгодоприобретатель** лицо, которому принадлежит право на получение страховой выплаты. Выгодоприобретателем по Договору является Застрахованный.
- 1.7. **Дата заключения Договора страхования** дата подписания сторонами Договора страхования, указанная в Договоре страхования.
 - 1.8. Дата выдачи Полиса дата формирования и выдачи Полиса Страхователю.
- 1.9. Договор страхования (Полис) документ, удостоверяющий факт заключения Договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем. Договор страхования может включать в себя настоящие Правила и/или условия страхования/полисные условия/программу страхования.
- 1.10. Застрахованный физическое лицо, названное в Договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования.
- 1.11. Иные учреждения сервисные или ассистанские компании и учреждения, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры по организации предоставления Застрахованным медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг и оказывающие помощь по эвакуации и репатриации.
- 1.12. **Личный кабинет** информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий Страхователю взаимодействовать со Страховщиком.
- 1.13. **Медицинские организации (Медицинские учреждения)** юридические лица любой организационно-правовой формы (лечебные, лечебно-профилактические, больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на территории РФ и за ее пределами, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, полученную в соответствии с законодательством страны местонахождения.
- 1.14. **Несчастный случай** внезапное, внешнее, кратковременное (до нескольких часов), фактически происшедшее под воздействием различных внешних факторов (физических, химических, механических и т.п.) событие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены, наступившее в период срока страхования и возникшее непредвиденно, непреднамеренно, помимо воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного. Не относятся к несчастным случаям любые формы острых, хронических, наследственных заболеваний (в том числе инфаркт, инсульт, разрывы аневризм артерий и прочие внезапные поражения внутренних органов,

вызванные наследственной патологией или патологией в результате развития болезни (заболевания). Несчастный случай не является болезнью (заболеванием).

- 1.15. **Официальный сайт Страховщика** www.renlife.ru.
- 1.16. **Период ожидания** период времени, начиная с 00:00 часов 1-го дня срока страхования, в течение которого обращение Застрахованного к Страховщику/в Сервисную компанию в соответствии по определенным медицинским и иным услугам, перечень которых определен в Программе страхования, не будет являться основанием для признания случая страховым. Продолжительность Периода ожидания указывается в Договоре страхования/Программе страхования.
- 1.17. **Предшествовавшее состояние** любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное и/или не диагностированное, но о существовании которого подозревали, и/или о котором Застрахованный должен был знать по имеющимся проявлениям или признакам, в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.18. **Сервисная компания** компания, осуществляющая организацию медицинских и иных услуг в соответствии с настоящими Правилами страхования, с которой у Страховщика заключен соответствующий Договор.
- 1.19. Смерть прекращение физиологических функций организма, поддерживающих его жизнедеятельность.
- 1.20. Событие медицинского характера проведение Застрахованному любых обследований, лабораторных исследований крови, всех иных биологических жидкостей и тканей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у застрахованного, выявленные заболевания, обращение застрахованного в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным любого лечения, проведенные операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.
- 1.21. Стационарное учреждение любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.
- 1.22. **Страховщик** Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.
- 1.23. **Страхователь** дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством РФ, заключившее со Страховщиком Договор страхования.
- В качестве Страхователя также может выступить физическое лицо индивидуальный предприниматель.

Физические лица заключают Договор в отношении себя или третьего лица, определенного в Договоре страхования (далее – Застрахованный).

- 1.24. **Страховая сумма** денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии (страхового взноса) и страховой выплаты по страховым рискам/программам страхования, указанным в Договоре страхования, за исключением программы страхования «Смешанное страхование жизни».
 - 1.25. Страховые тарифы ставки страховой премии с единицы страховой суммы.
- 1.26. Страховая премия плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.
- 1.27. Страховые взносы периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем.
- 1.28. Страховые риски предполагаемые события, обладающие признаками вероятности и случайности, на случай наступления которых заключается Договор страхования.
- 1.29. **Страховой случай** свершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату, вызванная обращением Застрахованного в Сервисную компанию, медицинские организации, иные учреждения или к Страховщику для организации и получения медицинской или иной

помощи, включенной в выбранную Страхователем Программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа).

- 1.30. **Страховые выплаты** выплаты, производимые при наступлении страхового случая Сервисным компаниям/Медицинским организациям/иным учреждениям, оказавшим услуги, установленные Договором страхования. Страховые выплаты производятся независимо от сумм, причитающихся по другим Договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.
- 1.31. **Срок страхования** период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты в отношении определенной программы страхования (страхового риска), который определяется в соответствии с Разделом 7 настоящих Правил.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. 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).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.
- 3.2. Страховым случаем в соответствии с Договором страхования признаются следующие события за исключением случаев, предусмотренных Разделом 4 настоящих Правил:
- 3.2.1. Обращение Застрахованного к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение за медицинской и иной помощью в порядке, предусмотренном Программой страхования, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний;
- 3.2.2. Обращение Застрахованного в течение срока страхования к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение для получения медицинских и иных услуг в порядке, предусмотренном Программой страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного и (или) состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинской помощи (в т.ч. проведения профилактических мероприятий).
- 3.3. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату (или только произвести оплату) медицинской помощи и связанных с ней услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских и иных учреждениях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.
- 3.4. Объем обязательств Страховщика устанавливается путем определения перечня оплачиваемых Страховщиком заболеваний (состояний), медицинских и иных услуг, включаемых в Программу. Перечень видов медицинской помощи и услуг указан в Программах страхования (Приложения № 4-12 к настоящим Правилам). При заключении Договора страхования перечень медицинских и иных услуг может быть уточнен.

4. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 4.1. На страхование принимаются лица в возрасте от 18 (восемнадцати) полных лет до 64 (шестидесяти четырех) полных лет на дату заключения Договора страхования/дату выдачи Полиса.
- 4.2. Лица, имеющие на момент заключения Договора страхования следующие заболевания и связанные с ними осложнения, могут быть приняты на страхование только по индивидуальным тарифам и программам с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по результатам андеррайтинга:
 - 4.2.1. ВИЧ-инфекция;
- 4.2.2. особо опасные инфекционные болезни, в том числе чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки, в случае возникновения эпидемии и (или) объявления карантина;
 - 4.2.3. психические расстройства и расстройства поведения;
 - 4.2.4. аномалии развития и хромосомные нарушения.

- 4.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское или иное учреждение с целью получения медицинской и иной помощи, связанной с:
- получением травматического повреждения, в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления;
- попыткой самоубийства Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений;
- обращением Застрахованного в медицинское учреждение, предварительно не согласованное со Страховщиком, а также обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с Программой страхования не оплачиваются Страховщиком.
- 4.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинской помощи, вызванное:
- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военными действиями, а также маневрами и иными военными мероприятиями;
- гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- умыслом Страхователя (Застрахованного);
- событиями, произошедшими после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленными настоящими Правилами и (или) условиями действующего Договора страхования.
- 4.5. Дополнительные исключения из страхового покрытия указаны в Договоре страхования, Программах страхования (Приложения № 4-12 к настоящим Правилам).

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Страховая сумма определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены ограничения на страховую сумму по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам) или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках Программы либо Договора страхования.

- 5.2. Страховая премия рассчитывается Страховщиком исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными страховыми тарифами Страховщика. Размер страхового тарифа зависит от срока действия договора страхования, периодичности уплаты страховых взносов, пола, возраста Застрахованного, программ страхования, объема предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи), ценовой категории медицинских учреждений, общего количества лиц, принимаемых на страхование, состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование, и других факторов. Страховщик может определять как половозрастные тарифы, рассчитанные для потенциальных застрахованных каждого пола и возраста, так и единый страховой тариф с учетом половозрастной структуры группы предполагаемых застрахованных лиц и всех прочих факторов, оказывающих существенное влияние на размер тарифа.
- 5.3. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок страхования или в рассрочку страховыми взносами. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в Договоре страхования.
- 5.4. В случае неуплаты Страхователем в полном объёме страховой премии или первого страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты в меньшем, чем предусмотрено Договором размере, Договор страхования считается не вступившим в силу/незаключенным.
- Если иное не предусмотрено Договором страхования, то в случае если Страхователь не оплатил очередной (не первый) страховой взнос либо оплатил в размере, меньшем требуемого для оплаты Договора страхования, Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен в указанный срок. Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ, стороны договорились, что отдельное соглашение о расторжении Договора страхования в данном случае сторонами не составляется.
- 5.5. Датой оплаты страховой премии, если иное не указано в Договоре страхования, считается:
- при наличных расчётах дата, указанная на документе, подтверждающем оплату и выданном в момент ее совершения;

- при безналичных расчетах – дата списания со счета Страхователя страховой премии в полном размере.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 6.1. Договор страхования заключается на основании устного заявления Страхователя, оригинала документа, удостоверяющего личность Страхователя и Застрахованного.
 - 6.2. Договор страхования может заключаться одним из следующих способов:
 - 6.2.1. путем составления одного документа Договора страхования, подписываемого сторонами.
 - 6.2.2. путем вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком.

В случае если заключение Договора производится с целью осуществления иностранным гражданином либо лицом без гражданства, находящимся на территории Российской Федерации, трудовой деятельности, Полис оформляется на бланке с учетом требований законодательства Российской Федерации.

- 6.3. К Договору страхования прилагается Программа страхования, а также при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами Договора (пропуск в медицинское учреждение, страховая карточка и пр.).
- 6.4. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику следующие сведения и документы:
 - 6.4.1. Страхователь-физическое лицо:
- ФИО Страхователя, Застрахованного,
- дата и место рождения Страхователя, Застрахованного,
- пол, гражданство Страхователя, Застрахованного;
- наименование документа, удостоверяющего личность Страхователя, Застрахованного;
- серию и номер документа, удостоверяющего личность Страхователя, Застрахованного;
- кем и когда выдан, а также код подразделения, выдавшего документ, удостоверяющий личность Страхователя, Застрахованного;
- адрес регистрации и/или адрес фактического проживания Страхователя, Застрахованного;
- номер контактного (мобильного) телефона;
- адрес электронной почты (при наличии);
- копии паспорта (Страхователя, Застрахованного) либо копии удостоверения личности, заменяющего паспорт.
 - 6.4.2. Страхователь-юридическое лицо:
- наименование юридического лица;
- организационно-правовая форма;
- серия и номер документа, подтверждающего регистрацию юридического лица;
- дата регистрации;
- адрес фактический/почтовый;
- адрес регистрации;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН);
- основной государственный регистрационный номер (ОГРН);
- адрес электронной почты (при наличии);
- телефон;
- сведения о бенефициарных владельцах;
- банковские реквизиты.
- 6.5. В случае если Страхователь и/или Застрахованный являются иностранными гражданами или лицами без гражданства, Страхователь также обязан предоставить Страховщику:
- сведения о миграционной карте Страхователя, Застрахованного;
- сведения о документе, подтверждающем право на пребывание (проживание) в РФ Страхователя, Застрахованного.
- 6.6. Страхователь и Застрахованный обязаны правдиво и полно сообщить Страховщику обстоятельства (сведения о страхуемом лице), имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). Существенными признаются обстоятельства, указанные в Договоре страхования (Полисе), Декларации Страхователя/Застрахованного, являющейся частью Договора страхования (Полиса). Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь/Застрахованный сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Декларации, являющейся частью Договора страхования обстоятельствах, Страховщик вправе требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, явившиеся следствием обстоятельств, Страхователь/Застрахованный сообщил заведомо ложные сведения при заключении Договора страхования,

соответственно, у Страховщика не возникает обязанности произвести страховую выплату по такому Договору.

6.7. При заключении Договора страхования путем составления одного документа, Страхователь и Застрахованный подтверждают сведения, имеющие существенное значение для оценки страхового риска, указанные в Договоре страхования, Декларации Страхователя/Застрахованного, а также свое согласие заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях, подписанием Договора страхования.

При заключении Договора страхования путем вручения Страховщиком Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком, Страхователь подтверждает сведения, имеющие существенное значение для оценки страхового риска, указанные в Договоре страхования, Декларации Страхователя/Застрахованного, а также свое согласие заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях, принятием от Страховщика страхового Полиса и оплатой страховой премии.

- 6.8. Подписание Страховщиком Договора страхования (Полиса), а также приложений и дополнительных соглашений к нему производится путем воспроизведения факсимиле подписи Страховщика механическим или иным способом с использованием клише. Факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования на Договоре страхования, а также всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему будет иметь такую же силу, что и собственноручная подпись уполномоченного лица Страховщика.
- 6.9. В случаях, если согласно информации, размещаемой Страховщиком в Личном кабинете, допускается создание и предоставление Страхователем документов для изменения, досрочного прекращения, отказа от Договора страхования и/или иных документов в электронном виде, Страхователь может представить Страховщику соответствующие заявления и документы в электронном виде с использованием Личного кабинета и соблюдением порядка и способа создания и предоставления таких документов, указанного в Личном кабинете.

В этом случае документы, подписанные простой электронной подписью Страхователя, признаются равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя.

Подписание дополнительных соглашений и/или иных документов в электронном виде Страховщиком осуществляется усиленной квалифицированной подписью Страховщика с направлением их Страхователю в его Личный кабинет или на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.

6.10. Корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре страхования, либо в виде электронных документов. В последнем случае создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме осуществляется с использованием личного кабинета Страхователя, а создание и отправка Страховщиком Страхователю информации в электронной форме осуществляется на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.

В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

- 6.11. Страховщик использует следующие способы взаимодействия для предоставления информации Страхователю: смс-уведомления, электронные сообщения, мобильное приложение, электронную почту, почтовую, телеграфную, телефонную связь, курьерскую службу, Личный кабинет.
- 6.12. Информация о текущем состоянии Договора страхования предоставляется Страхователю в Личном кабинете.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Срок действия Договора страхования определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре страхования.
 - 7.2. Срок страхования:
- С 00:00 6-го (шестого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 7.3. В случае если заключение Договора производится с целью осуществления иностранным гражданином либо лицом без гражданства, находящимся на территории Российской Федерации, трудовой деятельности, положение, указанное в п. 7.4. настоящих Правил страхования, не применяется, и аннулирование Договора страхования невозможно.
- 7.4. По заключенному Договору страхования Страхователю-физическому лицу предоставлено 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования, независимо от момента

уплаты страховой премии, в течение которых, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возможно отказаться от Договора страхования (аннулировать Договор) на основании письменного заявления, подписанного Страхователем-физическим лицом собственноручно. Указанное заявление должно быть направлено Страхователем-физическим лицом по адресу центрального офиса Страховщика, указанному в Договоре страхования/указанному на официальном сайте Страховщика, средствами почтовой или курьерской связи, либо подано Страхователем через Личный кабинет Страхователя (если там содержится информация о возможности приема заявления), либо подано Страхователем-физическим лицом в офис Агента (если информация о возможности приема заявления Агентом размещена на официальном сайте Страховщика).

Оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю-физическому лицу в безналичной форме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования с указанием его банковских реквизитов.

С целью исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» по идентификации Страхователя к указанному заявлению необходимо приложить копии всех заполненных страниц документа, удостоверяющего его личность. В случае непредставления сведений о документе, удостоверяющем личность Страхователя, операции с денежными средствами не проводятся.

8. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 8.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, договорам страхования, заключенным с другими страховщиками, и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству РФ.
- 8.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию услуг с Сервисными компаниями и Медицинскими организациями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.
- 8.3. Сервисные компании и Медицинские организации в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, а также медицинские и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным между Сервисной компанией и указанными учреждениями, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и Программой страхования. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующим договором между Страховщиком и Сервисной компанией, договором между Страховщиком и Медицинской организацией.
- 8.4. Для получения предусмотренной Договором страхования и Программой страхования медицинских и иных услуг Застрахованный обращается к Страховщику, в Сервисную компанию, Медицинскую организацию или иное учреждение, оговоренное в Договоре страхования, в порядке и в сроки, определенные Программой страхования.
- 8.5. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному в соответствии с Программой страхования услуг в соответствии со счетами, полученными Страховщиком от Сервисных компаний/Медицинских организаций/учреждений, оказавших Застрахованному указанные услуги. Страховая выплата не может быть больше размера установленной Договором страхования страховой суммы.
- 8.6. Страховщик не производит возмещение фактических расходов Застрахованного, если Застрахованный самостоятельно оплатил медицинскую помощь, предусмотренную Программой, если таковая не была организована или согласована со Страховщиком.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

- 9.1.1. получать информацию об условиях страхования, содержащихся в Правилах страхования, Договоре страхования, Программах страхования, о размере выплачиваемого Агенту вознаграждения, в случае заключения Договора страхования при посредничестве Агента, иную информацию, относящуюся к Договору страхования;
- 9.1.2. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;
- 9.1.3. в течение срока действия Договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе, выбранной Страхователем, или изменить перечень медицинских учреждений и (или) Программ, заключив при этом со Страховщиком

дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в Договоре страхования;

- 9.1.4. отказаться от Договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
 - 9.1.5. получить дубликат Договора страхования (Полиса) в случае утраты оригинала;
 - 9.1.6. иные права, предусмотренные настоящими Правилами, Договором страхования.
 - 9.2. Страхователь обязан:
- 9.2.1. сообщать Страховщику при заключении Договора страхования достоверную информацию (в Договоре страхования, Декларации, являющейся частью Договора страхования), имеющую значение для определения степени страхового риска;
- 9.2.2. оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, которые установлены Договором страхования;
- 9.2.3. передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные Договором страхования, а также разъяснить Застрахованному условия Договора страхования;
- 9.2.4. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных в отношении Страхователя/Застрахованного, предоставленных при заключении договорных отношений. При наличии обновленных данных Страхователь/Застрахованный, обязан в срок, не превышающий 7 (семь) рабочих дней, сообщить Страховщику о данном факте, предоставив оригиналы документов или соответствующим образом заверенные копии либо сканированные копии в Личном кабинете Страхователя (если там содержится информация о возможности приема таких документов). Также незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии или имени Застрахованного, изменении его адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены);
- 9.2.5. получить согласие Застрахованных на обработку их персональных данных, в том числе трансграничную передачу третьим лицам, в целях исполнения обязательств по Договору;
- 9.2.6. по требованию Страховщика передать ему заявления Застрахованных об их согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных им медицинскими и иными учреждениями по Договору;
- 9.2.7. в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страхователем (Застрахованным) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, пройти по требованию Страховщика повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей. Указанные исследования и медицинские осмотры должны быть проведены врачами, назначенными Страховщиком, в местах, обозначенных Страховщиком, и за его счет;
- 9.2.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами, Договором страхования.

9.3. Застрахованный имеет право:

- 9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;
- 9.3.2. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.4. Застрахованный обязан:

- 9.4.1. соблюдать требования настоящих Правил страхования, условий Договора, порядок оказания медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования;
- 9.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 9.4.3. не передавать Договор страхования (Полис) и Программу другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования;
- 9.4.4. немедленно сообщить Страхователю об изменении идентификационных данных (своей фамилии, имени, отчества, документа, удостоверяющего личность, фактического места жительства, контактных телефонов/телетайпов);
- 9.4.5. заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении;

9.4.6. по требованию Страховщика заполнить заявление о своем согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных ему медицинскими и (или) иными учреждениями по Договору.

9.5. Страховщик имеет право:

- 9.5.1. запрашивать и проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным информацию, а также выполнение ими положений настоящих Правил страхования, Договора страхования и других документов, закрепляющих договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений;
- 9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;
- 9.5.3. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования;
- 9.5.4. после заключения Договора страхования в случае увеличения степени страхового риска по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования. В случае если стороны не пришли к согласию, Страховщик имеет право требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения Договора страхования не отпали;
 - 9.5.5. отказать в страховой выплате в случаях:
- неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных п. 9.2. настоящих Правил страхования;
- если Страхователь не сообщил об изменении в сведениях о Застрахованном, указанных Страхователем при заключении Договора страхования, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;
 - неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в сроки, указанные в Договоре страхования;
 - недоказанности факта наступления страхового случая;
- непризнания события страховым случаем в соответствии с Разделом 4 настоящих Правил страхования или в соответствии с исключениями, указанными в Программах страхования;
 - в случаях, предусмотренных ст. 964 ГК РФ.
- 9.5.6. организовывать проведение повторного медицинского освидетельствования и/или независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;
- 9.5.7. отсрочить выплату в случаях необходимости направить запрос(ы) в компетентные органы, в том числе:
- в медицинские учреждения любой организационно правовой формы, включая департаменты здравоохранения и министерства здравоохранения;
 - в правоохранительные органы;
 - в государственную инспекцию безопасности дорожного движения;
 - в структурные подразделения прокуратуры РФ.
- 9.5.8. требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ, и/или требовать расторжения Договора страхования;
 - 9.5.9. иные права, предусмотренные настоящими Правилами страхования.
 - 9.6. Страховщик обязан:
- 9.6.1. при заключении Договора страхования выдать Страхователю настоящие Правила с Приложениями;
- 9.6.1. организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено Договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;
 - 9.6.2. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи;
 - 9.6.3. выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные Договором страхования
- 9.6.4. в случае необходимости проведения медицинского обследования Застрахованного лица уведомить страхователя о необходимости прохождения Застрахованным лицом такого медицинского обследования, порядке и условиях его проведения;
- 9.6.5. разъяснять Страхователю, Застрахованному, лицу, имеющему намерением заключить Договор страхования, условия страхования;
- 9.6.6. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами, Договором страхования.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 10.1. Договор страхования прекращается в случаях:
- 10.1.1. истечения срока действия Договора;
- 10.1.2. в случае выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- 10.1.3. в случае смерти Страхователя-физического лица, заключившего Договор о страховании третьего лица, ликвидации (реорганизации) Страхователя-юридического лица в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования;
 - 10.1.4. в связи со смертью Страхователя, если Страхователь и Застрахованный одно лицо;
- 10.1.5. в случае если в указанный в Договоре страхования срок Страхователем не оплачен очередной страховой взнос в полном объеме;
 - 10.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.
- 10.2. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.
- 10.3. Договор прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности в отношении отдельного Застрахованного лица действие Договора прекращается в случае смерти по причинам иным, чем наступление страхового случая. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, с учетом понесенных расходов на ведение дела и произведенных страховых выплат.
 - 10.4. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.
- 10.5. Если Договор страхования аннулируется в соответствии с п. 7.4. настоящих Правил страхования, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от Договора страхования. При этом Договор страхования аннулируется с даты заключения Договора страхования и уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

11. ФОРС-МАЖОР

- 11.1. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) Страховщик вправе задержать (до устранения последствий форс-мажорных обстоятельств) выполнение обязанностей по Договорам страхования или освобождается от их выполнения.
- 11.2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств Страховщик немедленно информирует Страхователя о возникшей ситуации и принятых для ее урегулирования мерах.

12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

- 12.1. В случае поступления претензии от Страхователя/Застрахованного ввиду возникновения спора, связанного с исполнением Договора страхования, Страховщик обязан обеспечить рассмотрение такой претензии в порядке, установленном законом РФ и/или определенном в Договоре страхования.
- 12.2. При наличии в Договоре страхования условия о применении процедуры медиации возникший спор между Сторонами должен быть урегулирован с использованием медиативных процедур.
- 12.3. Использование процедур, указанных в п. 12.1. 12.2. настоящих Правил страхования, не лишает Страхователя/Застрахованного права на судебную и иную защиту своих прав и законных интересов.

В судебном порядке споры разрешаются:

- а) с участием юридических лиц в Арбитражном суде г. Москвы;
- б) с участием физических лиц в соответствии с действующим законодательством.

Приложение № 1 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Договор страхования по Программе добровольного медицинского страхования «» № от
Дата заключения договора:
Настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее — «Договор страхования», «Договор» заключен в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденными приказогот 18.09.2019 № 190918-01-од (далее — «Правила»), и дает Застрахованному право на получение медицинской помощ в соответствии с условиями Программы добровольного медицинского страхования «» (Приложение № 2 Договору страхования) (далее — «Программа страхования»). 1. Страховщик: ООО «СК «Ренессанс Жизнь», <Реквизиты Страховщика>. 2. Страхователь (физическое лицо): Ф.И.О.:
ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ:
ПОЛ: П мужской женский
ГРАЖДАНСТВО:
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:
АДРЕС ПОЧТОВЫЙ:
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:
МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН:
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (при наличии):
Является ли Страхователь иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица?* □ДА □НЕТ
*Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в
случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на официальном сайте Страховщика.
2. Страхователь (юридическое лицо) НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ: СЕРИЯ И НОМЕР ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО РЕГИСТРАЦИЮ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА/ИП: ДАТА РЕГИСТРАЦИИ: ОГРН/ОГРНИП: АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ: АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ: ТЕЛЕФОНЫ: АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (при наличии): ИНН/КПП:
3. Застрахованный:
Φ.И.O.:
ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ: ПОЛ: мужской женский
ГРАЖДАНСТВО:
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:
АДРЕС ПОЧТОВЫЙ:
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:
мобильный телефон:
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (при наличии):
Является ли Застрахованный иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом развидуем обращием об
публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица?* НЕТ *Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в

4. Выгодоприобретатель: Выгодоприобретателем по страховым рискам/программам страхования настоящего Договора является Застрахованный.

случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на официальном сайте Страховщика.

5. Страховой случай: <Обращение Застрахованного к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение за медицинской и иной помощью в порядке, предусмотренном Программой страхования**, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний.>

Обращение Застрахованного в течение срока страхования к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение для получения медицинских и иных услуг в порядке, предусмотренном Программой страхования**, вследствие расстройства здоровья Застрахованного и (или) состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинской помощи (в т.ч. проведения профилактических мероприятий).>
** Программа страхования является Приложением № 2 к Договору страхования.

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

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

Исключения из страхового покрытия указаны в Программе страхования.

6. Страховая сумма, страховая премия:

Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

- 7. Порядок уплаты страховой премии: Единовременно.
- 8. Срок действия Договора страхования: с _____ по _____

Срок страхования:

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

- 9. Территория страхования: Российская Федерация.
- 10. Декларация Страхователя/Застрахованного

Подписывая настоящий Договор, Страхователь/Застрахованный подтверждает, что Застрахованный:

- не является ВИЧ-инфицированным и/или не страдает СПИДом:
- не страдает особо опасными инфекционными болезнями, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- не страдает психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- не имеет аномалий развития и хромосомных нарушений.

В случае невозможности подтверждения Декларации Договор не может быть заключен.

11. Дополнительные условия:

Подписывая настоящий Договор, Застрахованный заявляет следующее:

Я уполномочиваю любое лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, оказывавшее мне любые медицинские услуги, предоставлять по требованию страховой компании ООО «СК «Ренессанс Жизнь» в том числе и после моей смерти, копии медицинских документов - карты стационарного больного, истории болезни, выписные, переводные, этапные, посмертные эпикризы, карты амбулаторного больного, выписки, справки, заключения экспертов в связи со страховыми случаями, так и в связи с оценкой степени страхового риска, по данному Договору страхования.

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

Подписывая настоящий Договор страхования, Страхователь/Застрахованный:

- подтверждает, что он ознакомлен с Правилами добровольного медицинского страхования «ДМС» и Программой страхования, экземпляр Правил страхования и Программы страхования получил;
- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь и Застрахованный (далее Субъекты ПДн) предоставляют ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных (далее ПДн) (ФИО, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования (далее Договор) или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику) в целях:
 - подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора.
 - продвижения товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путём осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, по сети Интернет, в том числе электронной почты (далее продвижение услуг).

- осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте Страховщика) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора, а также продвижением услуг.

Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя. Настоящее согласие дается субъектом ПДн Страховщику на срок действия Договора и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного им письменного уведомления.

Страховщик предоставляет информацию Страхователю посредством: смс-уведомлений, электронных сообщений, мобильного приложения, электронной почты, почтовой, телеграфной, телефонной связи, курьерской службы, Личного кабинета.

Страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение или иные учреждения по их счетам.

К настоящему Договору страхования прилагаются:

Приложение № 1 «Правила добровольного медицинского страхования «ДМС»;

Приложение № 2 «Программа добровольного медицинского страхования « ».

12. Подписи сторон:

Страхователь (физическое лицо):	Застрахованный:	Страховщик:
Подписывая настоящий Договор страхования, Страхователь подтверждает достоверность информации, указанной в настоящем Договоре страхования, Правила добровольного медицинского страхования «ДМС» и Программу добровольного медицинского страхования «» получил и ознакомился.	Подписывая настоящий Договор страхования, подтверждаю достоверность утверждений в вышеуказанной декларации. С назначением Выгодоприобретателя согласен.	Должность, ФИО, документ, подтверждающий полномочия
Подпись:/	Подпись:/	
Страхователь (юридическое лицо): Подписывая настоящий Договор страхования, Страхователь подтверждает достоверность информации, указанной в настоящем Договоре страхования, Правила добровольного медицинского страхования «ДМС» и Программу добровольного медицинского страхования «» получил и ознакомился		
Должность, ФИО, документ, подтверждающий		

Телефоны для вызова экстренной медицинской помощи.

Шашылыш турдогу медициналык жардам чакыруу телефон номерлери. Фавкулотда тиббий ёрдам чакирув телефон ракамлари.

Тел барои фаври занг задани ёрии тибби.

+7 (495) 775 09 99

Приготовьтесь назвать; Айтууга даярданыныз; Айтишга таёрланинг; Хозир бошед.

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

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

исми шарфини; Номи пура.

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

Приложение № 2 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Полис по программе добровольного медицинского страхования «»	
№ от	
Дата выдачи Поли	ca:
Настоящим Полисом, являющимся офертой (далее – Полис), ООО «СК «Ренессанс Жизнь»,	
дальнейшем Страховщик, в соответствии со ст. 435 ГК РФ предлагает Страхователю заключить догово	
(далее – «Договор», «Договор страхования») в соответствии с прилагаемыми к настоящему Поли	
добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденными приказом от 18.09.2019 № 190918-	
«Правила»), и Программой добровольного медицинского страхования « ». В случае расхожден	
настоящего Полиса с положениями Правил применяются положения Полиса. Договор заключается	
Страхователем настоящего Полиса (оферты), подписанного Страховщиком и выданного Страхователю.	
ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ акцептом настоящего Полиса (оферты) считается уплата страхо	
соответствии с условиями, содержащимися в Полисе.	вон премии г
1. Страховщик: ООО «СК «Ренессанс Жизнь», «Реквизиты Страховщика».	
2. Страхователь (физическое лицо) / Застрахованный:	
Ф.И.О.:	
ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ:	
ПОЛ: □ мужской □ женский	
ГРАЖДАНСТВО:	
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:	
АДРЕС ПОЧТОВЫЙ:	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:	
МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН:	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (при наличии):	
Является ли Страхователь/Застрахованный иностранным, российским публичным должностным лицом,	
должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником	□ДА □НЕТ
указанного лица?*	ади вишт
*Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходим	ио заполнить в
случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на официальном сайте Страховщика.	
2. Страхователь (юридическое лицо):	
НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	
СЕРИЯ И НОМЕР ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО РЕГИСТРАЦИЮ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА	\ /ИП:
ДАТА РЕГИСТРАЦИИ:	
ОГРН/ОГРНИП:	
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ/ПОЧТОВЫЙ:	
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:	
ТЕЛЕФОНЫ:	

3. Застрахованный:

Ф.И.О.:

ИНН/КПП:

ДАТА И МЕСТО РОЖДЕНИЯ:

ПОЛ: □ мужской □ женский

ГРАЖДАНСТВО:

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (при наличии):

АДРЕС ПОЧТОВЫЙ:

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:

МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН:

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (при наличии):

Является ли Застрахованный иностранным, российским публичным должностным лицом, должностным лицом публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица?* □ДА □НЕТ

^{*}Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на официальном сайте Страховщика.

- **4. Выгодоприобретатель:** Выгодоприобретателем по страховым рискам/программам страхования настоящего Договора является Застрахованный.
- **5.** Страховой случай: «Обращение Застрахованного к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение за медицинской помощью в порядке, предусмотренном Программой страхования**, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний.>

<Обращение Застрахованного в течение срока страхования к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение для получения медицинских и иных услуг в порядке, предусмотренном Программой страхования**, вследствие расстройства здоровья Застрахованного и (или) состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинской помощи (в т.ч. проведения профилактических мероприятий).>

** Программа страхования является Приложением № 2 к настоящему Полису.

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

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

Исключения из страхового покрытия указаны в Программе страхования.

6. Страховая сумма, страховая премия:

Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.

- 7. Порядок уплаты страховой премии: Единовременно.
- 8. Срок действия Договора страхования: с по .

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

- 9. Территория страхования: Российская Федерация
- 10. Декларация Страхователя/Застрахованного

Акцептуя настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что Застрахованный:

- не является ВИЧ-инфицированным и/или не страдает СПИДом;
- не страдает особо опасными инфекционными болезнями, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- не страдает психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- не имеет аномалий развития и хромосомных нарушений.

В случае невозможности подтверждения Декларации Договор не может быть заключен.

11. Дополнительные условия:

Акцептуя настоящий Полис, Страхователь заявляет и подтверждает, что:

- Застрахованный уполномочивает любое лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, оказывавшее ему любые медицинские услуги, предоставлять по требованию Страховщика, в том числе и после смерти, сведения, содержащие врачебную тайну, а именно копии медицинских документов карты стационарного больного, истории болезни, выписные, переводные, этапные, посмертные эпикризы, карты амбулаторного больного, выписки, справки, заключения экспертов в связи со страховыми случаями, так и в связи с оценкой степени страхового риска, по данному Договору страхования;
- Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи Страховщика (воспроизведенное механическим или иным способом с использованием клише) на Полисе, а также приложениях и дополнительных соглашениях к Договору страхования.
- ознакомлен с Правилами добровольного медицинского страхования «ДМС» и Программой страхования, экземпляр Правил страхования и Программы страхования получил.
- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь от своего имени и от имени Застрахованного (далее Субъекты ПДн) предоставляет ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных (далее
- ПДн) (ФИО, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования (далее Договор) или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику) в целях:

- подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора;
- продвижения товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путём осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, по сети Интернет, в том числе электронной почты (далее продвижение услуг);
- осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте Страховщика) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора, а также продвижением услуг.

Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя. Настоящее согласие дается субъектом ПДн Страховщику на срок действия Договора и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного им письменного уведомления.

Страховщик предоставляет информацию Страхователю посредством: смс-уведомлений, электронных сообщений, мобильного приложения, электронной почты, почтовой, телеграфной, телефонной связи, курьерской службы, Личного кабинета.

Страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение или иные учреждения по их счетам.

К настоящему Полису прилагается:

Приложение № 1 «Правила добровольного медицинского страхования «ДМС»;

Приложение № 2 «Программа добровольного медицинского страхования «______».

12. Подпись Страховщика:

Страховщик:

Должность, ФИО, документ, подтверждающий полномочия

Телефоны для вызова экстренной медицинской помощи.

Шашылыш турдогу медициналык жардам чакыруу телефон номерлери. Фавкулотда тиббий ёрдам чакирув телефон ракамлари.

Тел барои фаври занг задани ёрии тибби.

+7 (495) 775 09 99

Приготовьтесь назвать; Айтууга даярданыныз; Айтишга таёрланинг; Хозир бошед.

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

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

исми шарфини; Номи пура.

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

Приложение № 3 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

	№	OT		
	ом, являющимся офертой (далее – « вии со ст. 435 ГК РФ предлагает С		«СК «Ренессанс Ж	
«Договор страхования») страхования «ДМС», у добровольного медицин Правил применяются по	в соответствии с прилагаемыми и твержденными приказом от 18.09 ского страхования «». В случложения Полиса. Договор заключае иком и выданного Страхователю. На	х настоящему 9.2019 № 190 ае расхождени ется путем акц	Полису Правилам 1918-01-од (далее ия положений настепта Страхователе	и добровольного медицинског – «Правила»), и Программо оящего Полиса с положениям м настоящего Полиса (оферты)
Полиса (оферты) считает	ся уплата страховой премии в соотво «К «Ренессанс Жизнь», «Реквизиты С	етствии с услон	виями, содержащим	
Ф.И.О. на русском языке	eroc singo iii).	ПОЛ		
Ф.И.О. латиницей		ГРАЖДАНС	TBO	
ДАТА РОЖДЕНИЯ		АДРЕС РЕГИ (МЕСТА ПРІ	ИСТРАЦИИ ЕБЫВАНИЯ)	
МЕСТО РОЖДЕНИЯ		ДАТА РЕГИ	СТРАЦИИ	
МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН		АДРЕС ЭЛЕ ПОЧТЫ (при		
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ			ощего факт	
публичной международной *Критерии принадлежности	ть иностранным, российским публичний организации, супругом (супругой) или и к указанной категории лиц, а также форманный вопрос, содержатся на официалы	близким родствома дополнитель	енником указанного л ной анкеты, которую	ица?*
НАИМЕНОВАНИЕ ОРГ			СЕРИЯ И НОМЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАН РЕГИСТРАЦИЮ ЮРИДИЧЕСКО	ОЩЕГО
ДАТА РЕГИСТРАЦИИ			ОГРН/ОГРНИГ	I
АДРЕС ФАКТИЧЕСК	ий/почтовый		АДРЕС РЕГИС	ТРАЦИИ
ТЕЛЕФОНЫ			ИНН/КПП	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ	ПОЧТЫ (при наличии)			
3. Застрахованный:				
Ф.И.О. на русском языке		ПОЛ		
Ф.И.О. латиницей		ГРАЖДАНС		
ДАТА РОЖДЕНИЯ		АДРЕС ЭЛІ ПОЧТЫ (пр	ЕКТРОННОЙ ои наличии)	

Полис по программе добровольного медицинского страхования «Полис здоровья»

МЕСТО РОЖДЕНИЯ		МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН		
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ		АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ (МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ)		
•	ный иностранным, российским публичн		· ·	□ДА □НЕТ

публичной международной организации, супругом (супругой) или близким родственником указанного лица?*

*Критерии принадлежности к указанной категории лиц, а также форма дополнительной анкеты, которую необходимо заполнить в случае положительного ответа на данный вопрос, содержатся на официальном сайте Страховщика.

- **4. Выгодоприобретатель:** Выгодоприобретателем по страховым рискам/программам страхования настоящего Договора является Застрахованный.
- **5.** Страховой случай: «Обращение Застрахованного к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение за медицинской помощью в порядке, предусмотренном Программой страхования**, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний.>
- «Обращение Застрахованного в течение срока страхования к Страховщику или в Сервисную компанию, медицинское или иное учреждение для получения медицинских и иных услуг в порядке, предусмотренном Программой страхования**, вследствие расстройства здоровья Застрахованного и (или) состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинской помощи (в т.ч. проведения профилактических мероприятий).>
- ** Программа страхования является Приложением № 2 к настоящему Полису.

Не является страховым случаем обращение Застрахованного в случаях, предусмотренных Разделом 4 Правил страхования, а также обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с Программой страхования не оплачиваются Страховщиком.

Исключения из страхового покрытия указаны в Программе страхования.

6. Страховая сумма, страховая премия:

Страховая сумма, руб.		Страховая премия, руб.
ĺ		

- 7. Порядок уплаты страховой премии: Единовременно.
- 8. Срок действия Договора страхования: с ___ по ___

Срок страхования: НАЧАЛО: 00:00 6-го (шестого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии, но не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента.

ОКОНЧАНИЕ: 23:59 даты окончания срока действия Договора страхования.

9. Территория страхования: Российская Федерация.

10. Декларация Страхователя/Застрахованного

Акцептуя настоящий Полис, Страхователь подтверждает, что Застрахованный:

- не является ВИЧ-инфицированным и/или не страдает СПИДом;
- не страдает особо опасными инфекционными болезнями, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- не страдает психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- не имеет аномалий развития и хромосомных нарушений.

В случае невозможности подтверждения Декларации Договор не может быть заключен.

11. Дополнительные условия:

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

Акцептуя настоящий Полис, Страхователь заявляет и подтверждает, что:

- он ознакомлен с Правилами добровольного медицинского страхования «ДМС» и Программой страхования, экземпляр Правил страхования и Программы страхования получил;
- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь от своего имени и от имени Застрахованного (далее Субъекты ПДн) предоставляет ООО «СК «Ренессанс Жизнь» (далее Страховщик) согласие на автоматизированную и/или на бумажных носителях обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе трансграничную), распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) своих персональных данных (далее ПДн) (ФИО, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, мобильный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья и другие сведения, предусмотренные формой Договора страхования (далее Договор) или содержащиеся в иных документах, передаваемых Страховщику) в целях:
- подготовки, формирования, заключения, информационного сопровождения (с помощью любых средств связи) и исполнения Договора;
- продвижения товаров, работ, услуг, проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путём осуществления прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе, но не ограничиваясь, телефонной связи, sms-сообщений, по сети Интернет, в том числе электронной почты (далее продвижение услуг);

- осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед третьими лицами: агентами, перестраховочными организациями, сервисными и иными компаниями (список размещен на официальном сайте Страховщика) при поручении обработки ПДн этим лицам и в рамках заключенных с ними договоров в связи с подготовкой, формированием, заключением, информационным сопровождением (с помощью любых средств связи) и исполнением Договора, а также продвижением услуг.

Субъект ПДн несет ответственность за предоставление согласия на обработку ПДн Выгодоприобретателя. Настоящее согласие дается субъектом ПДн Страховщику на срок действия Договора и в течение 15 лет после окончания срока действия Договора и может быть отозвано Субъектом ПДн в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного им письменного уведомления.

Страховщик предоставляет информацию Страхователю посредством: смс-уведомлений, электронных сообщений, мобильного приложения, электронной почты, почтовой, телеграфной, телефонной связи, курьерской службы, Личного кабинета.

Страховая выплата осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение или иные учреждения по их счетам.

К настоящему Полису прилагается:

Тел барои фаври занг задани ёрии тибби.

Приложение № 1 «Правила добровольного медицинского страхования «ДМС»;

Приложение № 2 «Программа добровольного медицинского страхования «Полис здоровья».

12. Подписи Сторон:

Страхователь:	Страховщик: Должность, ФИО, документ, подтверждающий полномочия	
Телефоны для вызова экстренной медицинской помощи.	Приготовьтесь назвать; Айтууга даярданыныз; Айтишга таёрланинг; Хозир бошед.	
Шашылыш турдогу медициналык жардам чакыруу телефон номерлери.	№ Договора страхования; Полистин номерин; Полис ракамини; Ракам сугурта. Фамилию, Имя, Отчество; Фамилиясын, атын жана атасынын атын; Фамилиясини,	
Фавкулотда тиббий ёрдам чакирув телефон		
ракамлари.	исми шарфини; Номи пура.	

Приложение № 4 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа добровольного медицинского страхования «ДМС»

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ*

- 1.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:
- первичные, повторные, консультативные приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, кардиолога, аллерголога, физиотерапевта, ревматолога, проктолога, травматолога, пульмонолога;
- выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов (за исключением льготных категорий);
- проведение инструментальной диагностики: рентгенологическая, компьютерная томография, ультразвуковая, энлоскопическая:
- функциональная диагностика: ЭКГ, РВГ, РЭГ;
- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 10 (десяти) процедур в течение срока страхования).
- 1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь (услуги оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования):
- выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья Застрахованного, реанимационные мероприятия;
- медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.
 - 1.3. Экстренная и неотложная стационарная помощь:
- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 5 (пяти) процедур в течение срока страхования);
- пребывание в 2-4 местной палате;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии Договора страхования и документа, удостоверяющего личность.
- 2.2. При обращении за амбулаторно-поликлинической помощью услуги оказываются медицинским учреждением по выбору Страховщика в режиме работы медицинского учреждения.
- 2.3. При обращении за экстренной и неотложной стационарной помощью Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке в медицинское учреждение по выбору Страховщика, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь.
- 2.4. Застрахованный обращается за получением услуг в соответствии с порядком, изложенном в разделе 3 настоящей Программы страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 4.1. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:
- 4.1.1. Обострений и осложнений хронических заболеваний (состояний), не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного;
- 4.1.2. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);

- 4.1.3. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
- 4.1.4. Заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
- 4.1.5. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и/или в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;
 - 4.1.6. Сахарного диабета I и II типа и их осложнений;
- 4.1.7. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
 - 4.1.8. Туберкулеза;
- 4.1.9. Хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
 - 4.1.10. Муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
- 4.1.11.Системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спонлилопатии:
 - 4.1.12. Нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;
 - 4.1.13. Острой и хронической лучевой болезни;
 - 4.1.14. Профессиональных заболеваний;
- 4.1.15. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе),

реконструктивно-восстановительные операции, высокотехнологичные виды медицинской помощи;

- 4.1.16. Хронические заболевания, требующие динамического наблюдения, обследования и лечения вне обострения; все недифференцированные коллагенозы, аутоиммунные и иммунозависимые заболевания;
 - 4.1.17. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, вирусные геморрагические лихорадки;
 - 4.1.18. Хронических гепатитов: B, C, D, E.
- 4.2. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
 - 4.2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
 - 4.2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов, диспансеризация, вакцинация;
 - 4.2.3. Лабораторные исследования: гормональные, иммунологические, серологические исследования;
- 4.2.4. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия;
- 4.2.5. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение;
- 4.2.6. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения;
- 4.2.7. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы);
 - 4.2.8. Специфическая иммунизация с различными аллергенами;
 - 4.2.9. Склеротерапия вен;
- 4.2.10. Хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
 - 4.2.11. Все виды стоматологической помощи, косметология в стоматологии;
- 4.2.12.Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия) и оздоровления (цугун- терапия, управление дыханием, музыкотерапия);
- 4.2.13. Реабилитация в любых медицинских учреждениях; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;
- 4.2.14. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведение ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов стентов, сосудистых протезов, кава-фильтров, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 4.2.15. Экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;
 - 4.2.16. Услуги генетика, диетолога, логопеда;

- 4.2.17. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия Договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия Договора страхования, до момента его выписки из стационара;
 - 4.2.18. Ударно-волновая терапия;
 - 4.2.19. Восстановительное лечение.

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

Приложение № 5 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа добровольного медицинского страхования «ДМС плюс»

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ*

- 1.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:
- первичные, повторные, консультативные приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, кардиолога, аллерголога, физиотерапевта, ревматолога, проктолога, травматолога, пульмонолога;
- выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов (за исключением льготных категорий);
- проведение инструментальной диагностики: рентгенологическая, компьютерная томография, ультразвуковая, эндоскопическая;
- функциональная диагностика: ЭКГ, РВГ, РЭГ;
- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 10 (десяти) процедур в течение срока страхования).
- 1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь (услуги оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования):
- выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья Застрахованного, реанимационные мероприятия;
- медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.
 - 1.3. Экстренная и неотложная стационарная помощь:
- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 5 (пяти) процедур в течение срока страхования);
- пребывание в 2-4 местной палате;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.
- 1.4. Экстренная и неотложная стоматологическая помощь (однократно в течение действия Договора страхования):

Оказание экстренной и неотложной стоматологической помощи:

- первичные, повторные, консультативные приемы врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, челюстно-лицевого хирурга:
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- проведение инструментальной диагностики: рентгеновские и радиовизиографические исследование;
- хирургическая стоматология. Объем услуг: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области, удаление зубов простое и сложное; неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии Договора страхования и документа, удостоверяющего личность.
- 2.2. При обращении за амбулаторно-поликлинической помощью услуги оказываются медицинским учреждением по выбору Страховщика в режиме работы медицинского учреждения.
- 2.3. При обращении за экстренной и неотложной стационарной помощью Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке в медицинское учреждение по выбору Страховщика, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь.
- 2.4. Застрахованный обращается за получением услуг в соответствии с порядком, изложенном в разделе 3 настоящей Программы страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 4.1. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:
- 4.1.1. Обострений и осложнений хронических заболеваний (состояний), не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного;
- 4.1.2. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);
- 4.1.3. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
- 4.1.4. Заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
- 4.1.5. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения;
 - 4.1.6. Сахарного диабета I и II типа и их осложнений;
- 4.1.7. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
 - 4.1.8. Туберкулеза;
- 4.1.9. Хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
 - 4.1.10. Муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
- 4.1.11.Системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спондилопатии;
 - 4.1.12. Нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;
 - 4.1.13. Острой и хронической лучевой болезни;
 - 4.1.14. Профессиональных заболеваний;
- 4.1.15. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе), реконструктивно-восстановительные операции, высокотехнологичные виды медицинской помощи;
- 4.1.16.Хронические заболевания, требующие динамического наблюдения, обследования и лечения вне обострения; все недифференцированные коллагенозы, аутоиммунные и иммунозависимые заболевания;
 - 4.1.17.Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, вирусные геморрагические лихорадки;
 - 4.1.18. Хронических гепатитов: B, C, D, E.
- 4.2. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
 - 4.2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
 - 4.2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов, лиспансеризация, вакцинация;
 - 4.2.3. Лабораторные исследования: гормональные, иммунологические, серологические исследования;
- 4.2.4. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия;
- 4.2.5. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение;
- 4.2.6. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения;
- 4.2.7. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы);
 - 4.2.8. Специфическая иммунизация с различными аллергенами;
 - 4.2.9. Склеротерапия вен;
- 4.2.10. Хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
 - 4.2.11.Всех стоматологических услуг, кроме услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- 4.2.12.Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия) и оздоровления (цугун- терапия, управление дыханием, музыкотерапия);
- 4.2.13. Реабилитация в любых медицинских учреждениях; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;
- 4.2.14. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного

шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов – стентов, сосудистых протезов, кава-фильтров, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;

- 4.2.15. Экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;
 - 4.2.16. Услуги генетика, диетолога, логопеда;
- 4.2.17. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия Договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия Договора страхования, до момента его выписки из стационара;
 - 4.2.18. Ударно-волновая терапия;
 - 4.2.19. Восстановительное лечение.

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

Приложение № 6 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа добровольного медицинского страхования «Полис здоровья»

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ*

- 1.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:
- первичные, повторные, консультативные приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, кардиолога, аллерголога, физиотерапевта, ревматолога, проктолога, травматолога, пульмонолога;
- выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов (за исключением льготных категорий);
- проведение инструментальной диагностики: рентгенологическая, ультразвуковая, эндоскопическая;
- функциональная диагностика: ЭКГ, РВГ, РЭГ;
- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 10 (десяти) процедур в течение срока страхования).
- 1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь (услуги оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования):
- выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья Застрахованного; реанимационные мероприятия;
- медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.
- 1.3. Экстренная и неотложная стационарная помощь:
- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 5 (пяти) процедур в течение срока страхования);
- пребывание в 2-4 местной палате;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.
- 1.4. Экстренная и неотложная стоматологическая помощь (однократно в течение действия Договора страхования): Оказание экстренной и неотложной стоматологической помощи:
- первичные, повторные, консультативные приемы врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, челюстно-лицевого хирурга;
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- проведение инструментальной диагностики: рентгеновские и радиовизиографические исследование;
- хирургическая стоматология. Объем услуг: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области, удаление зубов простое и сложное; неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии Договора страхования и документа, удостоверяющего личность.
- 2.2. При обращении за амбулаторно-поликлинической помощью услуги оказываются медицинским учреждением по выбору Страховщика в режиме работы медицинского учреждения.
- 2.3. При обращении за экстренной и неотложной стационарной помощью Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке в медицинское учреждение по выбору Страховщика, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь.
- 2.4. Застрахованный обращается за получением услуг в соответствии с порядком, изложенном в разделе 3 настоящей Программы страхования.

3. ПОРЯЛОК ОБРАШЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕЛИПИНСКОЙ ПОМОШЬЮ

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 4.1. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги:
- 4.1.1. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 4.1.2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия TOPC), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:
 - болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки;
 - гельминтозы;
 - гепатит В;
 - гепатит С;
 - дифтерия;
 - инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
 - лепра;
 - малярия;
 - педикулез, акариаз и другие инфестации;
 - сап и мелиоидоз;
 - сибирская язва;
 - туберкулез;
 - холера;
 - чума.
- 4.1.3. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4.1.4. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 4.1.5. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 4.1.6. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 4.1.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- 4.1.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.
- * Количество страховых случаев, покрываемых по Программе страхования не более 2 (двух) случаев. Под случаем понимается обращение за медицинской помощью по поводу острых заболеваний/состояний, повлекших расходы Страховщика по оплате медицинских услуг по этому поводу до завершения лечения в объеме настоящей Программы страхования. При этом, если при оказании скорой и неотложной медицинской помощи обнаружилась необходимость оказания экстренной и неотложной стационарной помощи, то такое обращение за медицинского помощью признается Страховщиком как один и тот же страховой случай.

Приложение № 7 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ПОЛИС ЖИЗНИ»

РАЗДЕЛ 1. АМБУЛАТОРНАЯ И СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ*

- 1.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:
- первичные, повторные, консультативные приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, кардиолога, аллерголога, физиотерапевта, ревматолога, проктолога, травматолога, пульмонолога;
- выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов (за исключением льготных категорий);
- проведение инструментальной диагностики: рентгенологическая, компьютерная томография, ультразвуковая, эндоскопическая:
- функциональная диагностика: ЭКГ, РВГ, РЭГ;
- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 10 (десяти) процедур в течение срока страхования).
- 1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь (услуги оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования):
- выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья Застрахованного, реанимационные мероприятия;
- медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.
 - 1.3. Экстренная и неотложная стационарная помощь:
- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение:
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 5 (пяти) процедур в течение срока страхования);
- пребывание в 2-4 местной палате;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии Договора страхования и документа, удостоверяющего личность.
- 2.2. При обращении за амбулаторно-поликлинической помощью услуги оказываются медицинским учреждением по выбору Страховщика в режиме работы медицинского учреждения.
- 2.3. При обращении за экстренной и неотложной стационарной помощью Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке в медицинское учреждение по выбору Страховщика, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь.
- 2.4. Застрахованный обращается за получением услуг в соответствии с порядком, изложенном в п. 3.1. настоящего Раздела.

3. ПОРЯЛОК ОБРАШЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕЛИПИНСКОЙ ПОМОШЬЮ

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

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

- 4.1. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:
- 4.1.1. Обострений и осложнений хронических заболеваний (состояний), не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного;

- 4.1.2. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);
- 4.1.3. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
- 4.1.4. Заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений:
- 4.1.5. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и/или в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения;
 - 4.1.6. Сахарного диабета I и II типа и их осложнений;
- 4.1.7. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;
 - 4.1.8. Туберкулеза;
- 4.1.9. Хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
 - 4.1.10. Муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;
- 4.1.11.Системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спонлилопатии:
 - 4.1.12. Нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;
 - 4.1.13. Острой и хронической лучевой болезни;
 - 4.1.14. Профессиональных заболеваний;
- 4.1.15.Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе),

реконструктивно-восстановительные операции, высокотехнологичные виды медицинской помощи;

- 4.1.16. Хронические заболевания, требующие динамического наблюдения, обследования и лечения вне обострения; все недифференцированные коллагенозы, аутоиммунные и иммунозависимые заболевания;
 - 4.1.17. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, вирусные геморрагические лихорадки;
 - 4.1.18. Хронических гепатитов: B, C, D, E.
- 4.2. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
 - 4.2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
 - 4.2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов, диспансеризация, вакцинация;
 - 4.2.3. Лабораторные исследования: гормональные, иммунологические, серологические исследования;
- 4.2.4. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия;
- 4.2.5. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение;
- 4.2.6. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения;
- 4.2.7. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы);
 - 4.2.8. Специфическая иммунизация с различными аллергенами;
 - 4.2.9. Склеротерапия вен;
- 4.2.10. Хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
 - 4.2.11. Все виды стоматологической помощи, косметология в стоматологии;
- 4.2.12. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия) и оздоровления (цугун- терапия, управление дыханием, музыкотерапия);
- 4.2.13. Реабилитация в любых медицинских учреждениях; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;
- 4.2.14. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведение ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов стентов, сосудистых протезов, кава-фильтров, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 4.2.15. Экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;

- 4.2.16. Услуги генетика, диетолога, логопеда;
- 4.2.17. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия Договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия Договора страхования, до момента его выписки из стационара;
 - 4.2.18. Ударно-волновая терапия;
 - 4.2.19. Восстановительное лечение.
- * Количество страховых случаев, покрываемых по Программе страхования не более 1 (одного) случая, если иное не предусмотрено Договором страхования. Под случаем понимается обращение за медицинской помощью по поводу острых заболеваний/состояний, повлекших расходы Страховщика по оплате медицинских услуг по этому поводу до завершения лечения в объеме настоящей Программы страхования. При этом, если при оказании скорой и неотложной медицинской помощи обнаружилась необходимость оказания экстренной и неотложной стационарной помощи, то такое обращение за медицинского помощью признается Страховщиком как один и тот же страховой случай.

РАЗДЕЛ 2. ОНКОНАВИГАТОР

1. УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО ПРОГРАММЕ «Онконавигатор»

1.1. Услуги по программе «Онконавигатор» могут быть предоставлены только в случае первичного диагностирования у Застрахованного злокачественной опухоли (рака).

Злокачественные опухоли (рак) — результат перерождения клеток, характеризующийся утратой нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

К таким заболеваниям относятся заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования, включая:

- лейкемию;
- лимфомы (за исключением кожной лимфомы);
- саркомы.

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

К таким заболеваниям не относятся следующие патологические состояния/диагнозы:

- опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадии) или гистологически описанные как предраки;
- меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития T3N0M0 по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;
- все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;
- все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
- саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;
- рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1б) по классификации TNM.

По программе «Онконавигатор» установлен период ожидания. В случае диагностирования заболевания, указанного в п. 1.1. настоящего Раздела, в течение периода ожидания, услуги по программе «Онконавигатор» не оказываются. Период ожидания составляет 90 (девяносто) дней.

- 1.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания, указанного в п. 1.1. настоящего Раздела, Застрахованный устно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию по номеру 8 800 555 99 69 в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда Страхователю (Застрахованному) стало известно о случившемся.
- 1.3. Сервисная компания в срок не позднее следующего рабочего дня за днем обращения Застрахованного лица связывается с ним и проводит идентификацию обратившегося лица. Сервисная компания информирует о необходимости сбора и предоставления по электронной почте следующего пакета обязательных документов:
- Согласие на обработку персональных данных (копия, по форме, установленной Сервисной компанией);
- Договор страхования;
- Заявление о наступлении страхового события/о страховом случае (копия по форме, предоставленной Сервисной компанией);
- Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (простая копия);
- Справка/выписка из медицинской карты амбулаторного больного (из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора страхования заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия);
- Справка от онколога по месту жительства, содержащая информацию о том, когда Застрахованный был взят на диспансерный учет и по какому онкологическому заболеванию (заверенная копия);
- Если в процессе лечения или проведения каких-либо медицинских манипуляций был поставлен предварительный онкологический диагноз, то предоставляется выписка/справка из соответствующей медицинской организации (заверенная копия);

- Протоколы проведенных медицинских вмешательств, по результатам которых был заподозрен онкологический диагноз, включая, но не ограничиваясь протоколами ультразвуковых исследований, фиброэзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, иных эндоскопических исследований (вмешательств), компьютерной томографии, магниторезонансной томографии (заверенная копия);
- Протокол гистологического/цитологического исследования, если были показания/рекомендации, а также техническая возможность его провести (заверенная копия);
- Результат анализа крови на ВИЧ/или СПИД (заверенная копия);
- Справка медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечение (заверенная копия);
- В случае обращения по профилю «онкогинекология» также справка/выписка от гинеколога, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора добровольного медицинского страхования заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия).
- 1.4. Застрахованный обязан предоставить в Сервисную компанию всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая и проведения верификации диагноза.
- 1.5. Требования, предъявляемые к медицинской документации и проведению диагностирования первично установленного онкологического заболевания:
- 1.5.1. Диагноз должен быть установлен в период действия страхования по Программе, подтвержден гистологически, за исключением случаем, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), а также специалистом-онкологом;
- 1.5.2. Документы, содержащие медицинскую информацию, предъявляемые Застрахованными лицами, должны быть надлежащим образом заверены медицинскими организациями, их выдавшими;
- 1.5.3. Медицинский документ содержит все необходимые реквизиты и данные, предусмотренные соответствующими нормативными актами. При этом, на всех медицинских документах должны быть указаны фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного, а именно:
- 1.5.4. На электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах/изображениях, явившихся результатом машинной обработки информации, фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного должны составлять единое целое с документом/изображением без возможности их изменения.
- 1.5.5. На иных документах (на медицинских справках, выписках, отчетах и прочих) фамилия, инициалы и дата рождения должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.
- 1.6. По требованию Сервисной компании Застрахованное лицо обязано предъявить оригиналы документов, указанных в пункте 1.3. настоящего Раздела, представителю Сервисной компании или доставить оригиналы этих документов в Сервисную компанию.
- 1.7. По получению полного пакета обязательных документов, указанных в пункте 1.3 настоящего Раздела, Сервисная компания проводит медико-юридическую проверку предоставленного Застрахованным лицом полного пакета обязательных документов в течение 5 (пяти) рабочих дней. Медико-юридическая проверка проводится единожды (за все периоды страхования первоначальное заключение Договора, пролонгация) при первоначальном обращении Застрахованного лица при наступлении события, имеющего признаки страхового.
- 1.8. В случае если документов, указанных в пункте 1.3. настоящего Раздела, недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая и проведения медико-юридической проверки, Сервисная компания вправе мотивированно запросить у Застрахованного лица дополнительные документы.
- 1.9. В случае если Застрахованным лицом предоставлены недостаточные для организации и оказания любых Услуг сведения, Сервисная компания извещает об этом Застрахованное лицо в течение 5 (пяти) рабочих дней, сообщая, какие дополнительные сведения и документы необходимы.
- 1.10. При обращении Застрахованного лица в Сервисную компанию при диагностировании злокачественного новообразования и при соблюдении следующих условий:
- соответствия события признакам страхового случая;
- при подтверждении злокачественного новообразования гистологически, за исключением случаем, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), и специалистом-онкологом;
- при соответствии Застрахованного лица требованиям, предъявляемым к лицам, принимаемым на страхование,
- при наступлении страхового случая в предыдущие периоды страхования при непрерывной пролонгации Договора страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица.

Сервисная компания предоставляет следующие услуги в рамках программы «Онконавигатор»:

1.10.1. Услуга «Прикрепление персонального менеджера». Персональный менеджер — сотрудник Сервисной компании, прикрепляемый к Застрахованному и отвечающий за его дальнейшее сопровождение в рамках оказания услуг в соответствии с п. 1.10 настоящего Раздела. Персональный менеджер доступен в рабочие дни с 9-00 до 18-00 по московскому времени, в остальное время обращения принимаются на телефон «горячей линии» сервисного центра Сервисной компании 8 800 555 99 69.

1.10.2. Услуга «Верификация диагноза» — проверка первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза. Сервисная компания в течение 2 (двух) рабочих дней, следующих за получением от Застрахованного лица полного пакета обязательных документов, проводит медико-юридическую проверку предоставленных Застрахованным лицом документов.

По проведению медико-юридической проверки предоставленных Застрахованным лицом документов Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о необходимости гистопатологической проверки/пересмотра биологического материала (операционного или биопсии), выясняет наличие/отсутствие биологического материала, при наличии — организует изъятие биологического материала и направление его на пересмотр. Объем исследований и медицинскую организацию, где будет проводиться гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии), определяет Сервисная компания на основании рекомендаций врача-онколога и/или патоморфолога.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза и проводится в течение 5 -10 (пять-десять) рабочих дней. При условии необходимости проведения иммуногистохимического исследования, указанный срок гистопатологической проверки/пересмотра увеличивается на срок проведения соответствующего иммуногистохимического исследования. В диагностически сложных случаях срок проведения гистопатологической проверки/пересмотра может быть увеличен на срок проведения дополнительных диагностических исследований, определенных врачом-онкологом и/или гематологом, а также врачом-патоморфологом, осуществляющих верификацию диагноза. Увеличение срока зависит от срока проведения лабораторией соответствующего дополнительного диагностического исследования.

В случае необходимости Исполнитель организует забор биологического материала. Срок транспортировки биологического материала от места его хранения до места проведения гистопатологической проверки/пересмотра зависит от региона Российской Федерации и составляет от 1 (одного) до 6 (шести) рабочих дней. При нахождении биологического материала Застрахованного лица в медицинской организации, указанный срок увеличивается на срок составления врачом-онкологом и/или гематологом, осуществляющим верификацию диагноза, официального запроса на забор биологического материала.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) проводится только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события для проверки первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза.

При отказе Застрахованного лица от гистопатологической проверки биологического материала при его наличии, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

При неинформативности и/или недостаточности биологического материала, необходимого для надлежащего проведения гистопатологической проверки, равно как и при отсутствии биологического материала ввиду невозможности его получения из-за специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), тактику и объем диагностического исследования определяют врач-онколог и/или гематолог, а также врач-патоморфолог, осуществляющие верификацию диагноза.

Если указанные в абзаце выше диагностические исследования проводились Застрахованному, Застрахованный предоставляет в Сервисную компанию заключения этих исследований и их результаты на материальном носителе для пересмотра (например, диски с записью КТ/МРТ исследования).

Если указанные диагностические исследования не проводились Застрахованному или срок давности исследования не является надлежащим по мнению врача-онколога и/или гематолога, осуществляющего верификацию диагноза, Сервисная компания маршрутизирует Застрахованное лицо в прохождении данных исследований с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь без взимания с Застрахованного лица платы или организует прохождение данных исследований Застрахованным за счет других источников.

При возможности получения повторного биологического материала согласно рекомендациям врача-онколога и/или гематолога, а также врача-патоморфолога, осуществляющих верификацию диагноза, и отказе Застрахованного лица пройти соответствующее медицинское вмешательство для получения повторного биологического материала и/или отказе предоставления повторного биологического материала, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

По итогам пересмотра биологического материала и на основании предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов Застрахованному лицу предоставляется заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается диагноз или нет.

1.10.3. Услуга «Составление плана лечения» – содействие предоставлению заключения врача-онколога с планом наблюдения и лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования: при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, Сервисная компания предоставляет заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается ли диагноз или нет, и план наблюдения и лечения, основанный на действующих стандартах и (или) клинических рекомендациях (протоколах лечения).

Услуга «Составление плана лечения» оказывается только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, по итогу проведенной Сервисной компанией верификации.

- 1.10.4. Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования» консультирование компетентными специалистами-экспертами по вопросам корректировки и/или правильности назначенного лечения. Проведение консультации по плану лечения возможно только в том случае, если Сервисной компанией проведена «верификация диагноза».
- 1.10.5. Услуга «Навигация Застрахованного лица» маршрутизация Застрахованного лица с достоверно установленным диагнозом «злокачественное новообразование» для обеспечения ему максимального доступа к необходимым медицинским технологиям с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь, информационно-консультационное содействие организации оказания медицинской помощи в соответствии с предоставленным планом лечения и наблюдения: путем информационного консультирования Сервисная компания содействует получению Застрахованным лицом медицинской помощи по поводу выявленного злокачественного новообразования без взимания с Застрахованного платы, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации, а именно за счет получения максимального количества медицинских услуг в рамках программы обязательного медицинского страхования или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Информационное консультирование заключается в юридической поддержке, в помощи по преодолению бюрократических и административных барьеров.
- 1.10.6. Услуга «Юридическая поддержка» предоставление юридических консультаций по вопросам охраны здоровья граждан, получению медицинской помощи (в том числе бесплатной в рамках программы ОМС или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи), лекарственного обеспечения по профилю «онкология», в том числе льготного, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию, в том числе путем оказания содействия в подготовке претензий, заявлений, обращений в органы власти (и) или в медицинские организации.
- 1.10.7. Услуга «Психологическая помощь» предоставление консультаций клинического психолога в связи с выявленным и подтвержденным злокачественным новообразованием. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию.
- 1.11. Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», услуга «Навигация Застрахованного лица», услуга «Психологическая помощь» и услуга «Юридическая поддержка» оказываются при соблюдении условий п. 1.10. настоящего Раздела, по запросу Застрахованного лица и в связи с выявленным злокачественным новообразованием.
- 1.12. Количество обращений Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования для получения услуг: «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», «Навигация Застрахованного лица», «Юридическая поддержка» 4 (четыре) консультации. «Психологическая помощь» количество консультаций без ограничений.

Приложение № 8 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа добровольного медицинского страхования «Счастливое будущее. Базовая программа»

Блок № 1 – Телемелицина

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1.1. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ 1.1.1. Телемедицинские услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован в мобильном приложении «Доктис», а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса);
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

- 1.2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования услуги (далее «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.
- 1.2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.
- 1.2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».
- 1.2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.
- 1.2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс активации Телемедицины на сайте https://www.doctis.ru/activate/, где он указывает фамилию, имя, отчество, выбирает программу, указывает номер полиса/договора и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».
- 1.2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

1.2.6.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее.

Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 х 720 (в случае, если предпочтительным методом общения с врачом является видеосвязь);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если предпочтительным является оказание услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox, Opera последней версии или MS Edge;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

1.2.7. Консультация с Врачом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

- 1.2.7.1. Перейти на главную страницу сайта https://w.doctis.ru (далее «Сайт») или запустить мобильное приложение «Доктис», которое можно загрузить из Apple Store/Google Play, зарегистрироваться или ввести номер мобильного телефона и пароль, если регистрация была выполнена ранее.
- 1.2.7.2. Для получения консультации дежурного врача терапевта необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием дежурного терапевта» принять условия Пользовательского соглашения и нажать кнопку «Начать консультацию»;
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», в поле ФИО врача выбрать «Дежурный терапевт Г.Л.», заполнить остальные поля кратко описать причину обращения.

Далее необходимо дождаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.

- 1.2.7.3. Для получения консультации врача-консультанта профильных специальностей, услуги «Второе мнение» необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием специалиста» нажать кнопку «Записаться», выбрать необходимую специализацию врача, ввести тему обращения и описание проблемы;
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», выбрать специализацию или ФИО конкретного врача, ввести описание проблемы, а также приложить имеющуюся медицинскую информацию (заключения врача, результаты анализов и т.д.).
- 1.2.7.4. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения, изображения и файлы, которые могут быть полезны Врачу в рамках данной консультации.
- 1.2.7.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с Врачом через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находиться в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.
- 1.2.7.6. Врач связывается всегда с Застрахованном в текстовом чате. Застрахованный может предложить переключиться в аудио или видео режим.
- 1.2.7.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до окончания ответов по 1 (одному) вопросу о здоровье Застрахованного или до момента, когда Застрахованный перестает в течение 12 (двенадцати) часов отвечать на вопросы Врача.

1.2.8. Застрахованный должен предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация — это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей Программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

- 1.2.9. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.
- 1.2.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.
- 1.2.11. В случае возникновения любых технических проблем с Сервисом Застрахованный может получить круглосуточно помощь по телефону: 8 800 500 02 99.

Блок № 2 – Медицинские услуги

По настоящей Программе ООО «СК «Ренессанс Жизнь» организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного 1 (один) раз в год и предоставление Застрахованному медицинских услуг по верификации диагноза и лечению впервые выявленных в результате обследования заболеваний, предусмотренных настоящей Программой, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на Официальном сайте Страховщика: www.renlife.ru).

2.1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

2.1.1. Медицинские услуги

2.1.1.1. <u>Профилактическое обследование</u>, которое состоит из базового блока и 1 (одного) узкопрофильного блока на выбор Застрахованного: гинекология, урология (для мужчин), кардиология, эндокринология, неврология, гастроэнтерология, дерматология.

2.1.1.1.1. Базовый блок:

- лабораторная диагностика: общий анализ мочи (с микроскопией осадка), клинический (общий) анализ крови, лейкоцитарная формула, СОЭ (Скорость Оседания Эритроцитов), холестерин общий, мочевина, мочевая кислота, AcAT (ACT, аспартатаминотрансфераза), AлAT (AЛТ, Аланинаминотрансфераза), креатинин, глюкоза из вены, железо, забор крови из вены;
- консультация врача-терапевта по результатам обследования.
- 2.1.1.1.2. Узкопрофильные блоки:

2.1.1.1.2.1. Гинекология:

- прием и консультация врача-гинеколога первичный;
- прием и консультация врача-гинеколога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор гинекологического мазка, цитологическое исследование (с оскоб с шейки матки и цервикального канала), мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Trichomonas vaginalis (соскоб), Вирус папилломы человека 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58 (соскоб), высокий риск (качественный результат);
- инструментальная диагностика: УЗИ органов малого таза (с расшифровкой), УЗИ молочных желез (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.2. Урология (для мужчин):

- прием и консультация врача-уролога первичный;

- прием и консультация врача-уролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор мазков, Простатспецифический антиген (ПСА), мазок из уретры (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Гонорея (Neisseria gonorrhoeae, соскоб), Трихомонада (Trichomonas vaginalis, соскоб), спермограмма;
- инструментальная диагностика: УЗИ почек и надпочечников (с расшифровкой), УЗИ/ТРУЗИ предстательной железы (с расшифровкой), УЗИ мочевого пузыря (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.3. Кардиология:

- прием и консультация врача-кардиолога первичный;
- прием и консультация врача-кардиолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: ЛПВП-холестерин, ЛПНП-холестерин, триглицериды;
- инструментальные исследования: ЭКГ (с расшифровкой), ЭХО-КГ эхокардиография (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.4. Эндокринология:

- прием и консультация врача-эндокринолога первичный;
- прием и консультация врача-эндокринолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: Т3 общий, тироксин свободный (Т4 свободный), тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин), Анти-ТГ, гликированный гемоглобин;
- инструментальная диагностика: УЗИ щитовидной железы и лимфоузлов (с ЦДК или без) (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.5. Неврология:

- прием и консультация врача-невролога первичный;
- прием и консультация врача-невролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: УЗДГ сосудов шеи и головы (с расшифровкой), ЭЭГ (электроэнцефалография) (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.6. Гастроэнтерология:

- прием и консультация врача-гастроэнтеролога первичный;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: альфа-амилаза, гамма-глютамилтранспептидаза (гамма-ГТ; ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), билирубин общий в крови, связанный (прямой) билирубин;
- инструментальная диагностика: УЗИ органов брюшной полости (с расшифровкой); гастроскопия или эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.7. Дерматология:

- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога первичный;
- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: дерматоскопия (с расшифровкой), осмотр с помощью лампы Вуда;
- микроскопические исследования соскобов кожи (по назначению врача).
- 2.1.1.2. Письменное заключение с рекомендациями по результатам обследования.
- 2.1.1.3. В случае первичного выявления (подозрения) врачом узкопрофильного блока (уролог, гинеколог, эндокринолог, кардиолог, невролог, гастроэнтеролог, дерматолог или дерматовенеролог) в результате пройденного в рамках программы обследования заболеваний в соответствии с п. 2.1.2. настоящей Программы (далее Заболевание) Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- 2.1.1.3.1. амбулаторно-поликлинические медицинские услуги для постановки/верификации диагноза по выявленным Заболеваниям, включая консультации врача-специалиста, лабораторную и инструментальную диагностику, по назначению врача-специалиста, проводившего обследование;
- 2.1.1.3.2. медицинские услуги с целью лечения впервые выявленного в рамках Программы Заболевания по результатам постановки/верификации диагноза, строго по назначению лечащего врача:

- динамическое наблюдение по поводу Заболевания, впервые выявленного в рамках Программы: повторная консультация профильного врача-специалиста, лабораторная и инструментальная диагностика (по назначению профильного врача-специалиста).
- 2.1.1.4. В случае первичного выявления в результате пройденного в рамках программы обследования онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- 2.1.1.4.1. медицинские услуги для верификации диагноза, которые включают:
- консультацию врача-онколога, второе медицинское мнение;
- лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, имуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, РЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;
- инструментальную диагностику (МРТ, КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога);
- биопсия (по назначению врача-онколога).
- 2.1.1.4.2. сохранение репродуктивного потенциала путем забора, криоконсервации и хранения биоматериала (эмбрионов, яйцеклеток, спермы) в течение 1 (одного) года с момента криоконсервации в случае назначения терапии, которая может оказать негативное воздействие на репродуктивные возможности Застрахованного (химиотерапия, лучевая терапия), которые в том числе включают:
- обследование качества биоматериала, который подлежит сохранению;
- лабораторное обследование Застрахованного по назначению врача.

2.1.2. Заболевания, в отношении которых оказываются медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1.1.4. настоящей Программы:

Впервые выявленные по результатам обследования в рамках настоящей Программы заболевания:

- 2.1.2.1. Для узкопрофильного блока гинекология: Эрозия шейки матки (код по МКБ-10-N86); Образования яичников (код по МКБ-10-D27); Образования матки (миома) (код по МКБ-10-D25); Нарушение репродуктивной системы/бесплодие (код по МКБ-10-N97); Воспалительные болезни женских тазовых органов (код по МКБ-10-N70).
- 2.1.2.2. Для узкопрофильного блока урология: Воспалительные болезни предстательной железы (код по МКБ-10-N41); Нарушение репродуктивной функции/мужское бесплодие (код по МКБ-10-N46); Варикоцеле (код по МКБ-10-I86.1).
- 2.1.2.3 Для узкопрофильного блока кардиология: Эссенциальная (первичная) гипертензия (код по МКБ-10 I10); Стенокардия (код по МКБ-10 I20); Фиблилляция и трепетание предсердий (код по МКБ-10 I48); Другие нарушения сердечного ритма (код по МКБ-10 I49); Сердечная недостаточность (код по МКБ-10 I50).
- 2.1.2.4. Для узкопрофильного блока эндокринология: Гипотиреоз (код по МКБ-10 E03); Гипертиреоз (код по МКБ-10 E05); Сахарный диабет I типа (код по МКБ-10 E10); Сахарный диабет II типа (код по МКБ-10 E11).
- 2.1.2.5 Для узкопрофильного блока неврология: Доброкачественная внутричерепная гипертензия (код по МКБ-10 G93); Мигрень (код по МКБ-10 G43); Другие синдромы головной боли (код по МКБ-10 G44).
- 2.1.2.6. Для узкопрофильного блока гастроэнтерология: Гастроэзофагеальный рефлюкс (код по МКБ-10 K21); Гастрит неуточненный (код по МКБ-10 K29.7); Язва желудка (код по МКБ-10 K25); Язва двенадцатиперстной кишки (код по МКБ-10 K26).
- 2.1.2.7. Для узкопрофильного блока дерматология: Питириаз розовый [Жибера] (код по МКБ-10 L42); Лишай красный плоский (код по МКБ-10 L43); Меланоформный невус (код по МКБ-10 D22); Другие уточненные болезни фолликулов (код по МКБ-10 L73.8).

2.1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

- 2.1.3.1. Телефонный медицинский пульт 24 часа в сутки/7 дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.
- 2.1.3.2. Полное сопровождение Застрахованного координация прохождения обследования на всех этапах от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

- 2.1.3.3. В случае первичного выявления в рамках программы Заболеваний (п. 2.1.2. Программы), Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза, лечения выявленных заболеваний;
- сопровождение и курация на протяжении всего курса лечения и динамического наблюдения (в случае необходимости).
- 2.1.3.4. В случае первичного выявления в рамках программы онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация необходимых медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1.4. Программы;
- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

2.1.4. Транспортные расходы и расходы на проживание:

По настоящей программе ООО «СК «Ренессанс Жизнь» организует и оплачивает:

2.1.4.1. Проезд Застрахованного до ближайшей клиники «Мать и Дитя» в соответствии со списком медицинских организаций, размещенных на сайте www.renlife.ru, с целью получения медицинских услуг, указанных в пп. 2.1.1.3. и 2.1.1.4. Программы, и возвращения к месту проживания, а также проживание в гостинице 3* в случае если в районе постоянного проживания, Застрахованного нет клиники ГК «Мать и Дитя» и не оказываются необходимые медицинские услуги в клиниках-партнерах. Уровень сервиса-эконом класс.

2.2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8 (800) 500-02-99 для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач медицинского пульта проводит консультацию по программам, услугам, согласует время визита в клинику, дает рекомендации по подготовке к обследованию.
- 2.2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее чем за 24 часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 раза), услуга считается полностью оказанной.
- 2.2.3. Застрахованный проходит обследование и по результатам обследования получает письменное заключение и рекомендации по данным проведенного исследования.
- 2.2.4. В случае первичного выявления в соответствии с письменным заключением по данным проведенного исследования заболеваний, указанных в п. 2.1.2. настоящей Программы, или онкологического заболевания, Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания), организует медицинские услуги, необходимые для верификации диагноза.
- 2.2.5. После верификации диагноза в случае выявления заболеваний в соответствии с п. 2.1.2. настоящей Программы Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) осуществляет действия для согласования плана лечения и дальнейшей организации лечения в рамках программы.
- 2.2.6. Для организации услуг в соответствии с п. 2.1.4. Программы необходимо позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта, при этом:
- 2.2.6.1. Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) определяет даты и сроки поездки к месту получения медицинских услуг, и возращения к месту проживания и согласовывает их с Застрахованным. При изменении Застрахованным согласованных дат и сроков, о которых ему сообщил Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания), менее чем за 3 (три) рабочих дня, Застрахованный компенсирует Страховщику (его уполномоченному представителю Сервисной компания)

все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по организации поездки Застрахованному, если только такие изменения не были подтверждены Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.6.2. в случае, если поездка не состоялась по вине Застрахованного, услуга считается полностью оказанной:

- 2.2.6.3. Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) организует проживание в стандартном номере в гостинице категории 3* Выбор гостиницы осуществляется с учетом доступности и его близости к Медицинской организации;
- 2.2.6.4. Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) не компенсирует расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице, в том числе ущерб, нанесенный гостинице;
- 2.2.6.5. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности получения медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1. Программы, но не более 3 (трёх) календарных дней.

2.3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

- 2.3.1. В рамках настоящей программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:
- консультацию врачей и дополнительные обследования без письменных рекомендаций врача медицинской организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги, связанные с беременностью и ее осложнениями, пороками развития матки;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, не входящих в Программу, и их осложнений;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, которые были диагностированы до начала срока действия Договора страхования;
- услуги, оказанные после окончания Договора страхования, за исключением хранения биоматериала, сохраненного согласно п. 2.1.1.4.2. Программы согласно обозначенному сроку;
- услуги обследования и лечения партнера Застрахованного, кроме случаев, когда оба партнера являются обладателями полиса «Счастливое будущее».

Приложение № 9 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа добровольного медицинского страхования «Счастливое будущее. Расширенная программа» Блок № 1 — Телемедицина

По настоящей Программе ООО «СК «Ренессанс Жизнь» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1.1. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1.1. Телемедицинские услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован в мобильном приложении «Доктис», а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса);
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

- 1.2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования услуги (далее «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.
- 1.2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.
- 1.2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».
- 1.2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.
- 1.2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс активации Телемедицины на сайте https://www.doctis.ru/activate/, где он указывает фамилию, имя, отчество, выбирает программу, указывает номер полиса/договора и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».

- 1.2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:
- 1.2.6.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее.

Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 х 720 (в случае, если предпочтительным методом общения с врачом является видеосвязь);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если предпочтительным является оказание услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox, Opera последней версии или MS Edge;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

1.2.7. Консультация с Врачом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуг необходимо выполнить следующие лействия:

- 1.2.7.1. Перейти на главную страницу сайта https://w.doctis.ru (далее «Сайт») или запустить мобильное приложение «Доктис», которое можно загрузить из Apple Store/Google Play, зарегистрироваться или ввести номер мобильного телефона и пароль, если регистрация была выполнена ранее.
- 1.2.7.2. Для получения консультации дежурного врача терапевта необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием дежурного терапевта» принять условия Пользовательского соглашения и нажать кнопку «Начать консультацию»;
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», в поле ФИО врача выбрать «Дежурный терапевт Г.Л.», заполнить остальные поля кратко описать причину обращения.

Далее необходимо дождаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.

- 1.2.7.3. Для получения консультации врача-консультанта профильных специальностей, услуги «Второе мнение» необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием специалиста» нажать кнопку «Записаться», выбрать необходимую специализацию врача, ввести тему обращения и описание проблемы;
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», выбрать специализацию или ФИО конкретного врача, ввести описание проблемы, а также приложить имеющуюся медицинскую информацию (заключения врача, результаты анализов и т.д.).
- 1.2.7.4. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения, изображения и файлы, которые могут быть полезны Врачу в рамках данной консультации.
- 1.2.7.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с Врачом через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находиться в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.
- 1.2.7.6. Врач связывается всегда с Застрахованном в текстовом чате. Застрахованный может предложить переключиться в аудио или видео режим.
- 1.2.7.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до окончания ответов по 1 (одному) вопросу о здоровье Застрахованного или до момента, когда Застрахованный перестает в течение 12 (двенадцати) часов отвечать на вопросы Врача.

1.2.8. Застрахованный должен предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация — это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей Программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

- 1.2.9. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.
- 1.2.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.
- 1.2.11. В случае возникновения любых технических проблем с Сервисом Застрахованный может получить круглосуточно помощь по телефону: 8 800 500 02 99.

Блок № 2 – Медицинские услуги

2.1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей Программе ООО «СК «Ренессанс Жизнь» организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного 1 (один) раз в год и предоставление Застрахованному медицинских услуг по верификации диагноза и лечению впервые выявленных в результате обследования заболеваний, предусмотренных настоящей Программой, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на Официальном сайте Страховщика: www.renlife.ru).

2.1.1. Медицинские услуги

2.1.1.1. <u>Профилактическое обследование</u>, которое состоит из базового блока и 1 (одного) узкопрофильного блока на выбор Застрахованного: гинекология, урология (для мужчин), кардиология, эндокринология, неврология, гастроэнтерология, дерматология.

2.1.1.1.1. Базовый блок:

- лабораторная диагностика: общий анализ мочи (с микроскопией осадка), клинический (общий) анализ крови, лейкоцитарная формула, СОЭ (Скорость Оседания Эритроцитов), холестерин общий, мочевина, мочевая кислота, AcAT (ACT, аспартатаминотрансфераза), AлAT (АЛТ, Аланинаминотрансфераза), креатинин, глюкоза из вены, железо, забор крови из вены;
- консультация врача-терапевта по результатам обследования.
- 2.1.1.1.2. Узкопрофильные блоки:

2.1.1.1.2.1. Гинекология:

- прием и консультация врача-гинеколога первичный;
- прием и консультация врача-гинеколога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор гинекологического мазка, цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала), мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Trichomonas vaginalis (соскоб), Вирус папилломы человека 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58 (соскоб), высокий риск (качественный результат);
- инструментальная диагностика: УЗИ органов малого таза (с расшифровкой), УЗИ молочных желез (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.2. Урология (для мужчин):

- прием и консультация врача-уролога первичный;

- прием и консультация врача-уролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: забор мазков, Простатспецифический антиген (ПСА), мазок из уретры (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), Хламидии (Chlamydia trachomatis, соскоб), Микоплазма (Mycoplasma genitalium, соскоб), Гонорея (Neisseria gonorrhoeae, соскоб), Трихомонада (Trichomonas vaginalis, соскоб), спермограмма;
- инструментальная диагностика: УЗИ почек и надпочечников (с расшифровкой), УЗИ/ТРУЗИ предстательной железы (с расшифровкой), УЗИ мочевого пузыря (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.3. Кардиология:

- прием и консультация врача-кардиолога первичный;
- прием и консультация врача-кардиолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: ЛПВП-холестерин, ЛПНП-холестерин, триглицериды;
- инструментальные исследования: ЭКГ (с расшифровкой), ЭХО-КГ эхокардиография (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.4. Эндокринология:

- прием и консультация врача-эндокринолога первичный;
- прием и консультация врача-эндокринолога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- лабораторная диагностика: Т3 общий, тироксин свободный (Т4 свободный), тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин), Анти-ТГ, гликированный гемоглобин;
- инструментальная диагностика: УЗИ щитовидной железы и лимфоузлов (с ЦДК или без) (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.5. Неврология:

- прием и консультация врача-невролога первичный;
- прием и консультация врача-невролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: УЗДГ сосудов шеи и головы (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.6. Гастроэнтерология:

- прием и консультация врача-гастроэнтеролога первичный;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога повторно при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования
- лабораторная диагностика: альфа-амилаза, гамма-глютамилтранспептидаза (гамма-ГТ; ГГТ), щелочная фосфатаза (ЩФ), билирубин общий в крови, связанный (прямой) билирубин;
- инструментальная диагностика: УЗИ органов брюшной полости (с расшифровкой); гастроскопия или эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) (с расшифровкой).

2.1.1.1.2.7. Дерматология:

- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога первичный;
- прием и консультация врача-дерматолога или дерматовенеролога повторный при необходимости интерпретации результатов анализов, выполненных в рамках профилактического обследования;
- инструментальная диагностика: дерматоскопия (с расшифровкой), осмотр с помощью лампы Вуда;
- микроскопические исследования соскобов кожи (по назначению врача).
- 2.1.1.2. Письменное заключение с рекомендациями по результатам обследования.
- 2.1.1.3. В случае первичного выявления (подозрения) врачом узкопрофильного блока (уролог, ги неколог, эндокринолог, кардиолог, невролог, гастроэнтеролог, дерматолог или дерматовенеролог) в результате пройденного в рамках Программы обследования заболеваний в соответствии с п. 2.1.2. настоящей Программы (далее Заболевание), Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- 2.1.1.3.1. амбулаторно-поликлинические медицинские услуги для постановки/верификации диагноза по выявленным Заболеваниям, включая консультации врача-специалиста, лабораторную и инструментальную диагностику, по назначению врача-специалиста, проводившего обследование;
- 2.1.1.3.2 Медицинские услуги с целью лечения впервые выявленного в рамках Программы Заболевания по результатам постановки/верификации диагноза, строго по назначению лечащего врача:

- динамическое наблюдение по поводу Заболевания, впервые выявленного в рамках Программы: повторная консультация профильного врача-специалиста, лабораторная и инструментальная диагностика, по назначению профильного врача-специалиста;
- услуги, оказываемые в стационаре одного дня;
- предоперационная подготовка;
- процедура ЭКО/внутриматочная инсеминация: медицинские вмешательства, включая ИКСИ/подготовку к ИКСИ; медицинские услуги необходимые для подготовки к процедуре; услуги, оказываемые в стационаре; исследование крови на ХГЧ через 15 (пятнадцать) дней после процедуры ЭКО; сохранение репродуктивного материала путем криоконсервировании и хранения в течение 6 (шести) месяцев; медикаментозные препараты, необходимые для проведения цикла ЭКО, включая препараты для индукции суперовуляции, гормональной терапии после проведения процедуры переноса эмбриона до момента установления беременности.
- 2.1.1.4. В случае первичного выявления в результате пройденного в рамках программы обследования онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- 2.1.1.4.1. медицинские услуги для верификации диагноза, которые включают:
- консультацию врача-онколога, второе медицинское мнение;
- лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, имуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, РЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;
- инструментальную диагностику (МРТ, КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога);
- биопсия (по назначению врача-онколога).
- 2.1.1.4.2. Сохранение репродуктивного потенциала путем забора, криоконсервации и хранения биоматериала (эмбрионов, яйцеклеток, спермы) в течение 1 (одного) года с момента криоконсервации в случае назначения терапии, которая может оказать негативное воздействие на репродуктивные возможности Застрахованного (химиотерапия, лучевая терапия), которые в том числе включают:
- обследование качества биоматериала, который подлежит сохранению;
- лабораторное обследование Застрахованного по назначению врача.

2.1.2. Заболевания, в отношении которых оказываются медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1.1.3. настоящей Программы:

Впервые выявленные по результатам обследования в рамках Программы заболевания:

- 2.1.2.1. Для узкопрофильного блока гинекология: Эрозия шейки матки (код по МКБ-10-N86); Образования яичников (код по МКБ-10-D27); Образования матки (миома) (код по МКБ-10-D25); Нарушение репродуктивной системы/бесплодие (код по МКБ-10-N97); Воспалительные болезни женских тазовых органов (код по МКБ-10-N70).
- 2.1.2.2. Для узкопрофильного блока урология: Воспалительные болезни предстательной железы (код по МКБ-10-N41); Нарушение репродуктивной функции/мужское бесплодие (код по МКБ-10-N46); Варикоцеле (код по МКБ-10-I86.1).
- 2.1.2.3 Для узкопрофильного блока кардиология: Эссенциальная (первичная) гипертензия (код по МКБ-10 I10); Стенокардия (код по МКБ-10 I20); Фиблилляция и трепетание предсердий (код по МКБ-10 I48); Другие нарушения сердечного ритма (код по МКБ-10 I49); Сердечная недостаточность (код по МКБ-10 I50).
- 2.1.2.4. Для узкопрофильного блока эндокринология: Гипотиреоз (код по МКБ-10 E03); Гипертиреоз (код по МКБ-10 E05); Сахарный диабет I типа (код по МКБ-10 E10); Сахарный диабет II типа (код по МКБ-10 E11).
- 2.1.2.5. Для узкопрофильного блока неврология: Доброкачественная внутричерепная гипертензия (код по МКБ-10 G93); Мигрень (код по МКБ-10 G43); Другие синдромы головной боли (код по МКБ-10 G44).
- 2.1.2.6. Для узкопрофильного блока гастроэнтерология: Гастроэзофагеальный рефлюкс (код по МКБ-10 K21); Гастрит неуточненный (код по МКБ-10 K29.7); Язва желудка (код по МКБ-10 K25); Язва двенадцатиперстной кишки (код по МКБ-10 K26).

2.1.2.7. Для узкопрофильного блока дерматология: Питириаз розовый [Жибера] (код по МКБ-10 L42); Лишай красный плоский (код по МКБ-10 — L43); Меланоформный невус (код по МКБ-10 — D22); Другие уточненные болезни фолликулов (код по МКБ-10 — L73.8).

2.1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

- 2.1.3.1. Телефонный медицинский пульт 24 часа в сутки/7 дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.
- 2.1.3.2. Полное сопровождение Застрахованного координация прохождения обследования на всех этапах от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.
- 2.1.3.3. В случае первичного выявления в рамках программы Заболеваний (п. 2.1.2. Программы), Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза, лечения выявленных заболеваний;
- сопровождение и курация на протяжении всего курса лечения и динамического наблюдения (в случае необходимости);
- организация процедуры ЭКО при наличии медицинских показаний по результатам верификации диагноза.
- 2.1.3.4. В случае первичного выявления в рамках программы онкологического заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:
- организация необходимых медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1.4. Программы;
- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

2.1.4. Транспортные расходы и расходы на проживание:

По настоящей программе ООО «СК «Ренессанс Жизнь» организует и оплачивает:

2.1.4.1. Проезд Застрахованного до ближайшей клиники «Мать и Дитя», в соответствии со списком медицинских организаций, размещенных на Официальном сайте Страховщика, с целью получения медицинских услуг, указанных в пп. 2.1.1.3. и 2.1.1.4. настоящей Программы, и возвращения к месту проживания, а так же проживание в гостинице 3*, в случае если в районе постоянного проживания Застрахованного нет клиники «Мать и Дитя», и не оказываются необходимые медицинские услуги в клиниках-партнерах. Уровень сервиса—эконом класс.

2.2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8 (800) 500-02-99 для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач медицинского пульта проводит консультацию по программам, услугам, согласует время визита в клинику, дает рекомендации по подготовке к обследованию.
- 2.2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее, чем за 24 часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 раза), услуга считается полностью оказанной.
- 2.2.3. Застрахованный проходит обследование и по результатам обследования получает письменное заключение и рекомендации по данным проведенного исследования.
- 2.2.4. В случае первичного выявления в соответствии с письменным заключением по данным проведенного исследования заболеваний, указанных в п. 2.1.2. Программы, или онкологического заболевания, Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания), организует медицинские услуги, необходимые для верификации диагноза.

- 2.2.5. После верификации диагноза в случае выявления заболеваний в соответствии с п. 2.1.2. настоящей Программы Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) осуществляет действия для согласования плана лечения и дальнейшей организации лечения в рамках программы.
- 2.2.6. Для организации услуг в соответствии с п. 2.1.4. Программы необходимо позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта, при этом:
- 2.2.6.1. Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) определяет даты и сроки поездки к месту получения медицинских услуг, и возращения к месту проживания и согласовывает их с Застрахованным. При изменении Застрахованным согласованных дат и сроков, о которых ему сообщил Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания), менее чем за 3 рабочих дня, Застрахованный компенсирует Страховщику (его уполномоченному представителю Сервисной компании) все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по организации поездки Застрахованному, если только такие изменения не были подтверждены Страховщиком (его уполномоченным представителем Сервисной компанией) как необходимые с медицинской точки зрения 2.2.6.2. в случае если поездка не состоялась по вине Застрахованного, услуга считается полностью оказанной.
- 2.2.6.3. Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) организует проживание в стандартном номере в гостинице категории 3*. Выбор гостиницы осуществляется с учетом доступности и его близости к Медицинской организации;
- 2.2.6.4. Страховщик (его уполномоченный представитель Сервисная компания) не компенсирует расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице, в том числе ущерб, нанесенный гостинице;
- 2.2.6.5. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности получения медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1. Программы, но не более 3 (трех) календарных дней.

2.3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

- 2.3.1. В рамках настоящей программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:
- консультацию врачей и дополнительные обследования без письменных рекомендаций врача Медицинской организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги, связанные с беременностью и ее осложнениями, пороками развития матки;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, не входящих в Программу, и их осложнений;
- услуги, связанные с лечением заболеваний, которые были диагностированы до начала срока действия Договора страхования;
- услуги, оказанные после окончания Договора страхования, за исключением хранения биоматериала, сохраненного согласно п. 2.1.1.3.2. и 2.1.1.4.2. Программы согласно обозначенному сроку;
- услуги обследования и лечения партнера Застрахованного, кроме случаев, когда оба партнера являются обладателями полиса «Счастливое будущее»;
- услуги, связанные с суррогатным материнством;
- услуги, связанные с предоставлением донорских ооцитов;
- более одной процедуры ЭКО.

Приложение № 10 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа страхования «Поколение. Ведение беременности» Программа страхования по дородовому наблюдению беременных женщин.

Блок № 1 – Телемедицина

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1.1. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ 1.1.1. Телемедицинские услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован в мобильном приложении «Доктис», а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса);
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

- 1.2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования услуги (далее «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.
- 1.2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.
- 1.2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».
- 1.2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.
- 1.2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс активации Телемедицины на сайте https://www.doctis.ru/activate/, где он указывает фамилию, имя, отчество, выбирает программу, указывает номер полиса/договора и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».
- 1.2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:
- 1.2.6.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее.

Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 х 720 (в случае, если предпочтительным методом общения с врачом является видеосвязь);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если предпочтительным является оказание услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox, Opera последней версии или MS Edge;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

1.2.7. Консультация с Врачом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

- 1.2.7.1. Перейти на главную страницу сайта https://w.doctis.ru (далее «Сайт») или запустить мобильное приложение «Доктис», которое можно загрузить из Apple Store/Google Play, зарегистрироваться или ввести номер мобильного телефона и пароль, если регистрация была выполнена ранее.
- 1.2.7.2. Для получения консультации дежурного врача-терапевта необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием дежурного терапевта» принять условия Пользовательского соглашения и нажать кнопку «Начать консультацию»;
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», в поле ФИО врача выбрать «Дежурный терапевт Г.Л.», заполнить остальные поля кратко описать причину обращения.

Далее необходимо дождаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.

- 1.2.7.3. Для получения консультации врача-консультанта профильных специальностей, услуги «Второе мнение» необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием специалиста» нажать кнопку «Записаться», выбрать необходимую специализацию врача, ввести тему обращения и описание проблемы.
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», выбрать специализацию или ФИО конкретного врача, ввести описание проблемы, а также приложить имеющуюся медицинскую информацию (заключения врача, результаты анализов и т.д.)
- 1.2.7.4. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения, изображения и файлы, которые могут быть полезны Врачу в рамках данной консультации.
- 1.2.7.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с Врачом через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находиться в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.
- 1.2.7.6. Врач связывается всегда с Застрахованном в текстовом чате. Застрахованный может предложить переключиться в аудио или видео режим.
- 1.2.7.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до окончания ответов по 1 (одному) вопросу о здоровье Застрахованного или до момента, когда Застрахованный перестает в течение 12 (двенадцати) часов отвечать на вопросы Врача.
- 1.2.8. Застрахованный должен предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация — это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей Программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и

обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

- 1.2.9. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.
- 1.2.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.
- 1.2.11. В случае возникновения любых технических проблем с Сервисом Застрахованный может получить круглосуточно помощь по телефону: 8 800 500 02 99.

Блок № 2 – Медицинские услуги

По настоящей программе страхования Страховщик организует и оплачивает услуги по дородовому наблюдению не более одного раза за период действия Договора страхования <u>по одной беременности</u> в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций доступен на Официальном сайте Страховщика: www.renlife.ru).

2.1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Обращение Застрахованного лица в медицинское или иное учреждение для получения медицинских услуг по дородовому наблюдению, предусмотренных пп. 2.1.1. — 2.1.5. настоящей Программы, является страховым случаем только при соблюдении всех условий:

- а) первое обращение Застрахованного лица за услугами по дородовому наблюдению, указанными в пп. 2.1.1. 2.1.5. настоящей Программы происходит в течение 3 (трех) лет с даты вступления Договора страхования в силу и после окончания Периода ожидания.
- б) на момент окончания Периода ожидания срок беременности, установленный в соответствии с медицинскими документами, составляет не более 12 (двенадцати) недель.

2.1.1. Медицинские услуги по дородовому наблюдению беременных женщин:

Амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги в срок от 8 (восьми) недель беременности до родов в объеме и в сроки в соответствие с Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации (далее - РФ) от 01 ноября 2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» (далее — Приказ МЗ от 01 ноября 2012 г. № 572н), в том числе следующие диагностические, лечебные и профилактические услуги, включая (подробный перечень с количеством услуг в Приложении № 1 к настоящей Программе):

- 2.1.1.1. Прием (первичный и повторный): осмотр и консультация: терапевта, стоматолога, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, в том числе врача акушера-гинеколога категории «А» 1 .
- 2.1.1.2. Лабораторные исследования²: забор крови из вены, глюкозотолерантный тест, клинический анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), креатинин, мочевина, Общий белок, Глюкоза, Билирубин общий, АЛТ (аланинаминотрансфераза), АСТ (аспартатаминотрансфераза), Фосфатаза щелочная, Железо, Группа крови и резус-принадлежность, Kell-антиген, определение аллоиммунных антител к антигенам эритроцитов (резус и минорные антигены Kell, Duffy), Rh (C, E, c, e), Kell - фенотипирование (Определение наличия на исследуемых эритроцитах Антигенов С, Е, с, е, К, Тиреотропный гормон (ТТГ), Тироксин свободный (Т4 свободный), Пренатальный скрининг 2-го триместра (16-20 (шестнадцать - двадцать) недель) (тройной тест) (определение уровня АФП, b-ХГЧ и свободного эстриола с расчетом риска трисомии и дефектов нервной трубки), Комплексное стандартное исследование гемостаза, Определение Д- димеров, Комплекс серологических реакций: HBs-Ag, анти-HCV, анти-ВИЧ+АГ, MP, Антитела к ВГЧ I и II типа - Антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ) I и II типа (два антитела - IgM, IgG), Антитела к Цитомегаловирусу (два антитела - IgM, IgG), Антитела к вирусу краснухи (два антитела - IgM, IgG), Антитела к Токсоплазме Toxoplasma gondii (два антитела - IgM, IgG), Chlamydia trachomatis (соскоб), Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, Посев материала из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, Цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала), Комбинированная оценка риска хромосом патологии и гестоза (пренатальный скрининг 1-го триместра 11-13 (одиннадцать - тринадцать) недель).

 $^{^{1}}$ Категория «А» - максимальная эффективность специалиста.

² По назначению гинеколога/маммолога: определение CA-125 в сыворотке, определение CA-15-3, ПЦР 6, эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, расширенная кольпоскопия.

2.1.1.3. Инструментальные исследования: кардиотокография (КТГ), ЭКГ взрослого, УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца, плода и допплерометрию по показаниям) с 11 (одиннадцати) недель беременности, УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и допплерометрию по показаниям) с 11 (одиннадцати) недель беременности, специалистом категории «А».

2.1.2. Медицинские услуги, необходимость, которых возникла в результате выявленных патологий в период дородового наблюдения.

Под **«патологиями»** в данной Программе подразумевается: врастание плаценты в рубцовую область матки, токсикоз беременных и гестоз, анемия, невынашивание, маловодие, многоводие, неправильное предлежание плода, предлежание плаценты, эклампсия, гипертонус матки, артериальная гипертония, артериальная гипотония, сахарный диабет.

2.1.3. Медицинские услуги, необходимые для назначения/корректировки лечения острых заболеваний (или обострения хронических заболеваний), возникших во время дородового наблюдения в рамках Программы:

- 2.1.3.1. Консультации/прием врача акушера-гинеколога, врача общей практики/терапевта.
- 2.1.3.2. Инструментальные и лабораторные исследования необходимые для корректировки лечения по направлению врача, проводившего консультацию в рамках программы.

2.1.4. Стационарное обслуживание при дородовом наблюдении:

- 2.1.4.1. Пребывание в отделении патологии беременности по медицинским показаниям и направлению врача акушера-гинеколога ведущего дородовое наблюдение в рамках Программы;
- 2.1.4.2. Прерывание беременности по медицинским показаниям и направлению врача акушера-гинеколога, который ведет дородовое наблюдение;

При этом стационарная медицинская помощь Застрахованному включает в себя:

- осмотры акушерами-гинекологами;
- осмотры врачами специалистами (по медицинским показаниям);
- лабораторные исследования по медицинским показаниям (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микроскопическое исследование влагалищных мазков, коагулограмма; определение группы крови и резус-фактора; анализ крови на RW, HBsAg, HCV, BИЧ);
- функциональная диагностика по медицинским показаниям включая ультразвуковые исследования, за исключением КТ и МРТ;
- лекарственная терапия (по медицинским показаниям);
- проведение физиотерапии по медицинским показаниям.
- 2.1.4.3. Однократная консультация медицинского психолога «Школы для беременных».
- 2.1.4.4. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством РФ.

2.1.5. В случае первичного выявления (подозрения), в результате диагностических обследований в рамках Программы, онкологического заболевания Застрахованному лицу предоставляются следующие услуги:

- 2.1.5.1. Медицинские услуги³ для верификации диагноза и составления персонализированного плана лечения, которые включают:
- консультацию врача-онколога, «второе медицинское мнение», онкологический консилиум;
- лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, имуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, PЭA и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;
- инструментальную диагностику (MPT, KT, ПЭТ-КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога).

2.1.6. Сервисные услуги:

- 2.1.6.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю (Период ожидания не применяется).
- 2.1.6.2. Полное сопровождение Застрахованного лица на всех этапах координация и курация во время программы дородового наблюдения.

 $^{^3}$ Медицинские услуги будут оказаны в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной компании.

- 2.1.6.3. В случае первичного выявления в результате диагностических обследований в рамках программы онкологического заболевания Застрахованной предоставляются следующие услуги:
- 2.1.6.3.1. организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза и составления плана лечения:
- 2.1.6.3.2. круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- 2.1.6.3.3. круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- 2.1.6.3.4. консультация по плану лечения онкологического заболевания;
- 2.1.6.3.5. консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

2.2. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

Для получения медицинских услуг в рамках Программы страхования Застрахованный должен:

- 2.2.1. Позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8(800)222-60-47.
- 2.2.2. Для организации медицинских услуг в рамках программ дородового наблюдения и родовспоможения (п. 2.1.1. 2.1.5. Программы) необходимо предоставить медицинский документ, подтверждающий факт беременности и медицинские документы по запросу врачей медицинского пульта.

2.3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

2.3.1. Заболевания и состояния, лечение которых не может быть оплачено Страховщиком:

- 2.3.1.1. Заболевания и состояния, не указанные в разделе І Программы;
- 2.3.1.2. Заболевания в результате получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного (более 0,5 промилле), наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами.

2.3.2. Медицинские услуги, которые не входят в Программу и не оплачиваются Страховщиком:

- 2.3.2.1. услуги, проводимые без медицинских показаний.
- 2.3.2.2. услуги, не являющиеся услугами по дородовому наблюдению, за исключением прямо перечисленных в настоящей Программы.
- 2.3.2.3. дополнительные медицинские услуги, направленные на выявление патологий.
- 2.3.2.4. услуги, проводимые в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования и выбор которых не был согласован со Страховщиком (его уполномоченным представителем Сервисной компанией).
- 2.3.2.5. проведение Пациенту осмотров и консультаций врачами-специалистами других специализированных лечебных учреждений.
- 2.3.2.6. любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой, в том числе по родовспоможению.
- 2.3.2.7. любые медицинские услуги, оказанные в Период ожидания -3 (три) календарных месяца с даты вступления Договора страхования в силу, за исключением п. 1.1.1. настоящей Программы.
- 2.3.2.8. медицинские услуги по дородовому наблюдение по более чем одной беременности в течении срока действия Договора страхования.
- 2.3.2.9. медицинские услуги по дородовому наблюдение в случае, если на момент окончания Периода ожидания срок беременности в соответствии с медицинскими документами более 12 (двенадцати) недель.
- 2.3.2.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Приложение № 1 к Программе страхования «Поколение. Ведение беременности»

№ п/п	Название услуги	Кол- во
1	Прием (осмотр, консультация) акушера-гинеколога повторный или	
	Прием (осмотр, консультация) акушера-гинеколога категории «А» повторный	13
2	Прием (осмотр, консультация) оториноларинголога первичный	1
3	Прием (осмотр, консультация) офтальмолога первичный	1
4	Прием (осмотр, консультация) стоматолога первичный	1
5	Прием (осмотр, консультация) терапевта первичный	1
6	Прием (осмотр, консультация) терапевта повторный	1
7	Кардиотокография (КТГ)	6
8	ЭКГ взрослого	1
9	Забор крови из вены	26
10	Глюкозотолерантный тест	1
11	Клинический анализ крови	3
12	Общий анализ мочи с микроскопией осадка	13
13	Мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора)	2
14	Креатинин	2
15	Мочевина	2
16	Общий белок	2
17	Глюкоза	2
18	Билирубин общий	2
19	АЛТ (аланинаминотрансфераза)	2
20	АСТ (аспартатаминотрансфераза)	2
21	Фосфатаза щелочная	2
22	Железо	2
23	Группа крови и резус-принадлежность, Kell-антиген	1
24	Определение аллоиммунных антител к антигенам эритроцитов (резус и минорные антигены Kell, Duffy)	1
25	Rh (C, E, c, e), Kell - фенотипирование (Определение наличия на исследуемых эритроцитах Антигенов C, E, c, e, K	1
26	Тиреотропный гормон (TTГ)	1
27	Тироксин свободный (Т4 свободный)	1
28	Пренатальный скрининг 1-го триместра (11-14 нед) (двойной тест) (определение уровня ПАПП-А-белка (РАРР-А) и Свободного b-ХГЧ с расчетом риска трисомии) с оценкой риска гестоза	1
29	Пренатальный скрининг 2-го триместра (16-20 нед) (тройной тест) (определение уровня АФП, b-ХГЧ и свободного эстриола с расчетом риска трисомии и дефектов нервной трубки) (в случае отсутствия результатов скрининга 1-го триместра)	1
30	Комплексное стандартное исследование гемостаза	2
31	Определение Д- димеров	2
32	Комплекс серологических реакций: HBs-Ag, анти-HCV, анти-ВИЧ+АГ, MP	2
33	Антитела к ВГЧ I и II типа - Антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ) I и II типа (два антитела - IgM, IgG)	1
34	Антитела к Цитомегаловирусу (два антитела - IgM, IgG)	1
35	Антитела к вирусу краснухи (два антитела - IgM, IgG)	1
36	Антитела к Токсоплазме Toxoplasma gondii (два антитела - IgM, IgG)	1
37	Chlamydia trachomatis (соскоб)	1
38	Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	1
39	Посев материала из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	2
40	Цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала)	1
41	Комбинированная оценка риска хромосом патологии и гестоза (пренатальный скрининг 1-го триместра 11-13 недель)	1
42	УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и допплерометрию по показаниям) с 11 недель беременности	5
43	УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и допплерометрию по показаниям) с 11 недель беременности, специалистом категории «А»	5

Приложение № 11 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа страхования «Поколение. Роды»

Программа страхования по дородовому наблюдению беременных женщин и их родовспоможению.

Блок № 1 – Телемелипина

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1.1. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ 1.1.1. Телемедицинские услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован в мобильном приложении «Доктис», а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса);
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММОЙ

- 1.2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования услуги (далее «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.
- 1.2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.
- 1.2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».
- 1.2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.
- 1.2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс активации Телемедицины на сайте https://www.doctis.ru/activate/, где он указывает фамилию, имя, отчество, выбирает программу, указывает номер полиса/договора и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».

- 1.2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:
- 1.2.6.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее.

Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 х 720 (в случае, если предпочтительным методом общения с врачом является видеосвязь);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если предпочтительным является оказание услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox, Opera последней версии или MS Edge;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

1.2.7. Консультация с Врачом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуг необходимо выполнить следующие лействия:

- 1.2.7.1. Перейти на главную страницу сайта https://w.doctis.ru (далее «Сайт») или запустить мобильное приложение «Доктис», которое можно загрузить из Apple Store/Google Play, зарегистрироваться или ввести номер мобильного телефона и пароль, если регистрация была выполнена ранее.
- 1.2.7.2. Для получения консультации дежурного врача-терапевта необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием дежурного терапевта» принять условия Пользовательского соглашения и нажать кнопку «Начать консультацию»;
- В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», в поле ФИО врача выбрать «Дежурный терапевт Г.Л.», заполнить остальные поля кратко описать причину обращения. Далее необходимо дождаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.
- 1.2.7.3. Для получения консультации врача-консультанта профильных специальностей, услуги «Второе мнение» необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием специалиста» нажать кнопку «Записаться», выбрать необходимую специализацию врача, ввести тему обращения и описание проблемы.
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», выбрать специализацию или ФИО конкретного врача, ввести описание проблемы, а также приложить имеющуюся медицинскую информацию (заключения врача, результаты анализов и т.д.)
- 1.2.7.4. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения, изображения и файлы, которые могут быть полезны Врачу в рамках данной консультации.
- 1.2.7.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с Врачом через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находиться в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.
- 1.2.7.6. Врач связывается всегда с Застрахованном в текстовом чате. Застрахованный может предложить переключиться в аудио или видео режим.
- 1.2.7.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до окончания ответов по 1 (одному) вопросу о здоровье Застрахованного или до момента, когда Застрахованный перестает в течение 12 (двенадцати) часов отвечать на вопросы Врача.

1.2.8. Застрахованный должен предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация — это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом оказать предусмотренные настоящей Программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

- 1.2.9. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.
- 1.2.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.
- 1.2.11. В случае возникновения любых технических проблем с Сервисом Застрахованный может получить круглосуточно помощь по телефону: 8 800 500 02 99.

Блок № 2 – Медицинские услуги

По настоящей программе страхования Страховщик организует и оплачивает услуги по родовспоможению не более одного раза за период действия Договора страхования по одной беременности в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций доступен на Официальном сайте Страховщика: www.renlife.ru).

2.1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Обращение Застрахованного лица в медицинское или иное учреждение для получения медицинских услуг по родовспоможению, предусмотренных пп. 2.1.1. — 2.1.4. Программы, является страховым случаем только при соблюдении всех условий:

- а) первое обращение Застрахованного лица за услугами по родовспоможению, указанными в пп. 2.1.1. –
- 2.1.4. Программы происходит в течение 3 (трех) лет с даты вступления Договора страхования в силу и после окончания Периода ожидания.
- б) на момент окончания Периода ожидания срок беременности, установленный в соответствии с медицинскими документами, составляет не более 12 (двенадцати) недель.

2.1.1. Медицинские услуги по дородовому наблюдению беременных женщин:

- 2.1.1.1. Амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги в срок от 36 (тридцати шести) недель беременности до родов: прием (первичный и повторный): осмотр и консультация: акушера-гинеколога, в том числе врача акушера-гинеколога категории «А»¹.
- 2.1.1.2. Инструментальные исследования: кардиотокография (КТГ), УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца, плода и допплерометрию по показаниям), УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и допплерометрию по показаниям) с 11 (одиннадцати) недель беременности, специалистом категории «А».

2.1.2. Стационарное обслуживание при родовспоможении (физиологические/плановые оперативные одноплодные/многоплодные роды):

2.1.2.1. Осмотр Застрахованного в приемном отделении Госпиталя дежурным врачом акушером-гинекологом при поступлении для родоразрешения, в т.ч. с предвестниками родов неограниченное количество раз.

_

¹ Категория «А» - максимальная эффективность специалиста.

- 2.1.2.2. Госпитализация Застрахованного с предвестниками родов по назначению дежурного врача для стационарного наблюдения в предродовую палату неограниченное количество раз в период действия Договора, но не более 12 (двенадцати) часов пребывания единовременно, более 12 (двенадцати) часов только по решению дежурного врача.
- 2.1.2.3. Госпитализация Застрахованного при оперативных родах не ранее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного оперативного родоразрешения.
- 2.1.2.4. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 2.1.2.5. Ведение самопроизвольных (физиологических) родов или оперативных родов (путем проведения операции кесарево сечения) дежурной медицинской бригадой в составе:
 - о врач акушер-гинеколог;
 - о врач анестезиолог;
 - о врач-неонатолог;
 - о акушерка, медицинская сестра анастезист, операционная медицинская сестра.

Включающие в себя медицинские услуги:

- акушерское пособие;
- катетеризация вены;
- забор крови для проведения анализов из вены матери и из пуповины очистительная клизма;
- амниотомия (по медииинским показаниям);
- катетеризация мочевого пузыря (по медицинским показаниям);
- КТГ в родах;
- осмотр родовых путей;
- эпизиотомия/перинеотомия (по медицинским показаниям);
- ушивание разрывов;
- первичная обработка новорожденного;
- хирургическое отсечение пуповинного остатка.
- 2.1.2.6. Проведение гистологического исследования последа или послеоперационного материала (по медицинским показаниям).
- 2.1.2.7. Проведение анестезии (обезболивания) при родоразрешении с учетом медицинских показаний и согласия пациента. Индивидуальный подбор анестезиологического пособия.
- 2.1.2.8. Стационарная медицинская помощь Застрахованному (по медицинским показаниям) в палате интенсивной терапии отделения анестезиологии и реанимации.
- 2.1.2.9. Оказание в родильном зале первичной и реанимационной (по медицинским показаниям) медицинской помощи новорожденному.
- 2.1.2.10. Стационарная медицинская помощь Застрахованному после окончания родов (по медицинским показаниям) в индивидуальном родильном зале (до 3-х часов).
- 2.1.2.11. Стационарная медицинская помощь Застрахованной в индивидуальной палате в физиологических или обсервационном отделениях в сроке до 3-х койко-дней после самопроизвольных родов и до 6-ти койко-дней после оперативных родов.

При этом стационарная медицинская помощь Застрахованному включает в себя:

- осмотры акушерами-гинекологами;
- осмотры врачами специалистами (по медицинским показаниям);
- лабораторные исследования по медицинским показаниям (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микроскопическое исследование влагалищных мазков, коагулограмма; определение группы крови и резус-фактора; анализ крови на RW, HBsAg, HCV, BИЧ);
- функциональная диагностика по медицинским показаниям включая ультразвуковые исследования, за исключением КТ и МРТ;
- лекарственная терапия (по медицинским показаниям);
- проведение физиотерапии по медицинским показаниям
- оказание медицинской помощи акушеркой послеродового отделения при становлении лактации (по медицинским показаниям).
- 2.1.2.12. Однократная консультация медицинского психолога «Школы для беременных».

- 2.1.2.13. Однократный амбулаторный осмотр врача акушера-гинеколога, УЗИ органов малого таза в течение 56 (пятидесяти шести) календарных дней после родов.
- 2.1.2.14. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством РФ.

2.1.3. Стационарная медицинская помощь новорожденному ребенку/новорожденным детям (по медицинским показаниям) в отделении детской реанимации и интенсивной терапии.

2.1.3.1. Стационарная медицинская помощь новорожденному ребенку/новорожденным детям в физиологических или обсервационном отделениях в сроке до 3-х койко-дней после самопроизвольных родов и 6-х койко-дней после оперативных родов.

При этом стационарная медицинская помощь новорожденному включает:

- уход за новорожденным;
- осмотры врачами-неонатологами (педиатрами);
- осмотры врачами специалистами (по медицинским показаниям);
- лабораторные и функциональные исследования (по медицинским показаниям);
- лекарственная терапия (по медицинским показаниям);
- вакцинация против гепатита В и туберкулеза (при отсутствии противопоказаний и наличии согласия со стороны Застрахованного/законного представителя). Вакцинация проводится только в период стационарного наблюдения. Вакцинация ребенка после выписки из стационара в рамках данной программы не проводится.

При отсутствии противопоказаний предоставляются условия совместного пребывания матери и ребенка в послеродовом периоде.

2.1.4. В случае первичного выявления (подозрения) в результате диагностических обследований в рамках Программы онкологического заболевания Застрахованному лицу предоставляются следующие услуги:

- 2.1.4.1. Медицинские услуги² для верификации диагноза и составления персонализированного плана лечения, которые включают:
 - консультацию врача-онколога, «второе медицинское мнение», онкологический консилиум;
 - лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, имуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, PЭA и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;
 - инструментальную диагностику (MPT, KT, ПЭТ-КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога).

2.1.5. Сервисные услуги:

- 2.1.5.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю (Период ожидания не применяется).
- 2.1.5.2. Полное сопровождение Застрахованного лица на всех этапах координация и курация во время программы родовспоможения.
- 2.1.5.3. В случае первичного выявления в результате диагностических обследований в рамках программы онкологического заболевания Застрахованной предоставляются следующие услуги:
- 2.1.5.3.1. организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза и составления плана лечения;
- 2.1.5.3.2. круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- 2.1.5.3.3. круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- 2.1.5.3.4. консультация по плану лечения онкологического заболевания;
- 2.1.5.3.5. консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях,

² Медицинские услуги будут оказаны в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной компании.

при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

2.2. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен:

- 2.2.1. Позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8(800)222-60-47.
- 2.2.2. Для организации медицинских услуг в рамках программ родовспоможения (п. 2.1.1. 2.1.4.

Программы) необходимо предоставить медицинский документ, подтверждающий факт беременности и медицинские документы по запросу врачей медицинского пульта.

2.3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

2.3.1. Заболевания и состояния, лечение которых не может быть оплачено Страховщиком:

- 2.3.1.1. заболевания и состояния, не указанные в разделе 1 Программы;
- 2.3.1.2. заболевания в результате получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного (более 0,5 промилле), наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами.

2.3.2. Медицинские услуги, которые не входят в Программу и не оплачиваются Страховщиком:

- 2.3.2.1. услуги, проводимые без медицинских показаний.
- 2.3.2.2. услуги, не являющиеся услугами родовспоможению, за исключением прямо перечисленных в настоящей Программе.
- 2.3.2.3. дополнительные медицинские услуги, направленные на выявление патологий.
- 2.3.2.4. услуги, проводимые в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования и выбор которых не был согласован со Страховщиком (его уполномоченным представителем Сервисной компанией).
- 2.3.2.5. проведение Пациенту или новорожденному/новорожденным осмотров и консультаций врачами-специалистами других специализированных лечебных учреждений.
- 2.3.2.6. любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 2.3.2.7. любые медицинские услуги, оказанные в Период ожидания -3 (три) календарных месяца с даты вступления Договора страхования в силу, за исключением п. 1.1.1. Программы.
- 2.3.2.8. медицинские услуги родовспоможению по более чем одной беременности в течении срока действия Договора страхования.
- 2.3.2.9. медицинские услуги родовспоможению в случае, если на момент окончания Периода ожидания срок беременности в соответствии с медицинскими документами более 12 (двенадцати) недель.
- 2.3.2.10. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Приложение № 12 к Правилам добровольного медицинского страхования «ДМС», утвержденным приказом от 18.09.2019 № 190918-01-од

Программа страхования «Поколение. Ведение беременности и роды» Программа страхования по дородовому наблюдению беременных женщин и их родовспоможению.

Блок № 1 – Телемелицина

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1.1. ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ

1.1.1. Телемедицинские услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован в мобильном приложении «Доктис», а именно:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса);
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ НАСТОЯШЕЙ ПРОГРАММОЙ

- 1.2.1. Обеспечиваемые настоящей Программой страхования услуги (далее «Услуги») заключаются в предоставлении Застрахованным Врачами медицинских консультаций с использованием интерактивной веб-платформы в сети Интернет и мобильных приложений (далее «Сервис») в режиме реального времени. Услуги оказываются с использованием видеосвязи, аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.
- 1.2.2. Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду невозможности произвести осмотр и иные исследования и манипуляции в отношении Застрахованного дистанционным способом, а также вопросов, для ответа на которые необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров другими специалистами, результатов лабораторного и инструментального обследования) при ее отсутствии.
- 1.2.3. Застрахованный до оказания Услуги предоставляет Врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных Застрахованным заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению вмешательств, приему препаратов, пересылает Врачу копии необходимых документов с использованием Сервиса «Личный кабинет».
- 1.2.4. При оказании Услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, Врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки и (или) подтверждения и (или) уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.
- 1.2.5. Застрахованный, прежде чем заказать оказание Услуг, предусмотренных настоящей Программой, должен пройти процесс активации Телемедицины на сайте https://www.doctis.ru/activate/, где он указывает фамилию, имя, отчество, выбирает программу, указывает номер полиса/договора и номер мобильного телефона, который будет использоваться для регистрации в мобильном приложении «Доктис».
- 1.2.6. Правила регистрации в интерактивной веб-платформе:

1.2.6.1. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Застрахованного: персональный компьютер, мобильный телефон, которые должны соответствовать техническим требованиям, указанным далее.

Для получения предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо убедиться в том, что устройство, через которое будет осуществляться доступ к веб-платформе, соответствует следующим требованиям:

При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеокамера обладает разрешением не ниже 1024 х 720 (в случае, если предпочтительным методом общения с врачом является видеосвязь);
- к компьютеру подключен микрофон (в случае, если предпочтительным является оказание услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- Интернет-обозреватель (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox, Opera последней версии или MS Edge;
- скорость канала доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

При использовании мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 5 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями;
- мобильный телефон, работающий на системе Android 5.1 и выше.

Для мобильных устройств Apple необходима система не ниже IOS 9 для установки мобильного приложения, для устройств на системе Android - не ниже 5.1.

1.2.7. Консультация с Врачом.

Для получения предусмотренных настоящей Программой Услуг необходимо выполнить следующие действия:

- 1.2.7.1. Перейти на главную страницу сайта https://w.doctis.ru (далее «Сайт») или запустить мобильное приложение «Доктис», которое можно загрузить из Apple Store/Google Play, зарегистрироваться или ввести номер мобильного телефона и пароль, если регистрация была выполнена ранее.
- 1.2.7.2. Для получения консультации дежурного врача-терапевта необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием дежурного терапевта» принять условия Пользовательского соглашения и нажать кнопку «Начать консультацию»;
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», в поле ФИО врача выбрать «Дежурный терапевт Г.Л.», заполнить остальные поля кратко описать причину обращения.

Далее необходимо дождаться, когда дежурный Врач терапевт свяжется с Застрахованным – свободный дежурный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), свяжется с Застрахованным с использованием Сервиса.

- 1.2.7.3. Для получения врача-консультанта профильных специальностей, услуги «Второе мнение» необходимо:
 - На Сайте в разделе «Прием специалиста» нажать кнопку «Записаться», выбрать необходимую специализацию врача, ввести тему обращения и описание проблемы.
 - В Мобильном приложении нажать кнопку «Обратиться к врачу», выбрать специализацию или ФИО конкретного врача, ввести описание проблемы, а также приложить имеющуюся медицинскую информацию (заключения врача, результаты анализов и т.д.)
- 1.2.7.4. До начала консультации и во время нее Застрахованный может отправлять Врачу текстовые сообщения, изображения и файлы, которые могут быть полезны Врачу в рамках данной консультации.
- 1.2.7.5. Застрахованный может оставить заявку на консультацию с Врачом через Сервис, при этом Застрахованному необходимо оставаться в личном кабинете Сайта (не выходить из личного кабинета, находиться в системе онлайн) или авторизоваться в мобильном приложении.
- 1.2.7.6. Врач связывается всегда с Застрахованном в текстовом чате. Застрахованный может предложить переключиться в аудио или видео режим.
- 1.2.7.7. Консультация начинается после выбора способа связи и длится до окончания ответов по 1 (одному) вопросу о здоровье Застрахованного или до момента, когда Застрахованный перестает в течение 12 (двенадцати) часов отвечать на вопросы Врача.
- 1.2.8. Застрахованный должен предоставить (с использованием веб-платформы или мобильного приложения) исполнителю медицинских услуг (Врачу) необходимую для качественного оказания услуг медицинскую информацию, которой располагает или должен располагать Застрахованный, в том числе медицинские документы, описывающие и подтверждающие развитие заболеваний, обострений заболеваний, а также отражающие результаты обследования и лечения.

Необходимая медицинская информация – это вся та информация медицинского характера, которая необходима исполнителю медицинских услуг (Врачу) для того, чтобы должным образом

оказать предусмотренные настоящей Программой услуги: медицинские заключения об имеющихся заболеваниях, по которым непосредственно и проводятся консультации, результаты дополнительных исследований и обследований, а также все те документы медицинского характера, которые Застрахованный может предоставить.

- 1.2.9. Предоставление Услуг, для оказания которых необходимо изучение медицинских документов, начинается только после предоставления этих документов Застрахованным.
- 1.2.10. Порядок получения Услуг может быть изменен Страховщиком. В случае изменения Страховщик заблаговременно извещает Страхователя/Застрахованного об этом и предоставляет измененный порядок получения Услуг способом, установленным в Договоре страхования.
- 1.2.11. В случае возникновения любых технических проблем с Сервисом Застрахованный может получить круглосуточно помощь по телефону: 8 800 500 02 99.

Блок № 2 – Медицинские услуги

По настоящей программе страхования (далее — Программа) Страховщик организует и оплачивает услуги по дородовому наблюдению и родовспоможению не более одного раза за период действия Договора страхования <u>по одной беременности</u> в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций доступен на Официальном сайте Страховщика: www.renlife.ru).

2.1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Обращение Застрахованного лица в медицинское или иное учреждение для получения медицинских услуг по дородовому наблюдению и родовспоможению, предусмотренных пп. 2.1.1. — 2.1.6. Программы, является страховым случаем только при соблюдении всех условий:

- а) первое обращение Застрахованного лица за услугами по дородовому наблюдению и родовспоможению, указанными в пп. 2.1.1. 2.1.6. Программы происходит в течение 3 (трех) лет с даты вступления Договора страхования в силу и после окончания Периода ожидания.
- б) на момент окончания Периода ожидания срок беременности, установленный в соответствии с медицинскими документами, составляет не более 12 (двенадцати) недель.

2.1.1. Медицинские услуги по дородовому наблюдению беременных женщин:

Амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги в срок от 8 (восьми) недель беременности до родов в объеме и в сроки в соответствие с Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации (далее - РФ) от 01 ноября 2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» (далее — Приказ МЗ от 01 ноября 2012 г. № 572н), в том числе следующие диагностические, лечебные и профилактические услуги, включая (подробный перечень с количеством услуг в Приложении № 1 к настоящей Программе):

- 2.1.1.1. Прием (первичный и повторный): осмотр и консультация: терапевта, стоматолога, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, в том числе врача акушера-гинеколога категории «А» 1 .
- 2.1.1.2. Лабораторные исследования2: забор крови из вены, глюкозотолерантный тест, клинический анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), креатинин, мочевина, Общий белок, Глюкоза, Билирубин общий, АЛТ (аланинаминотрансфераза), АСТ (аспартатаминотрансфераза), Фосфатаза щелочная, Железо, Группа крови и резус-принадлежность, Kell-антиген, определение аллоиммунных антител к антигенам эритроцитов (резус и минорные антигены Kell, Duffy), Rh (C, E, c, e), Kell фенотипирование (Определение наличия на исследуемых эритроцитах Антигенов С, Е, с, е, К, Тиреотропный гормон (ТТГ), Тироксин свободный (Т4 свободный), Пренатальный скрининг 2-го триместра (16-20 (шестнадцать - двадцать) недель) (тройной тест) (определение уровня АФП, b-ХГЧ и свободного эстриола с расчетом риска трисомии и дефектов нервной трубки), Комплексное стандартное исследование гемостаза, Определение Д-димеров, Комплекс серологических реакций: HBs-Ag, анти-HCV, анти-ВИЧ+АГ, MP, Антитела к ВГЧ I и II типа - Антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ) I и II типа (два антитела - IgM, IgG), Антитела к Цитомегаловирусу (два антитела -IgM, IgG), Антитела к вирусу краснухи (два антитела - IgM, IgG), Антитела к Токсоплазме Toxoplasma gondii (два антитела - IgM, IgG), Chlamydia trachomatis (соскоб), Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, Посев материала из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, Цитологическое исследование (соскоб с шейки

-

 $^{^{1}}$ Категория «А» - максимальная эффективность специалиста.

 $^{^2}$ По назначению гинеколога/маммолога: определение CA-125 в сыворотке, определение CA-15-3, ПЩР 6, эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, расширенная кольпоскопия.

матки и цервикального канала), Комбинированная оценка риска хромосом патологии и гестоза (пренатальный скрининг 1-го триместра 11-13 (одиннадцать - тринадцать) недель).

- 2.1.1.3. Инструментальные исследования: кардиотокография (КТГ), ЭКГ взрослого, УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца, плода и допплерометрию по показаниям) с 11 (одиннадцати) недель беременности, УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и допплерометрию по показаниям) с 11 (одиннадцати) недель беременности, специалистом категории «А».
- 2.1.1.4. Введение антирезусного иммуноглобулина для профилактики резус конфликта. Стоимость препарата включена в Программу.

2.1.2. Медицинские услуги, необходимость, которых возникла в результате выявленных патологий в период дородового наблюдения.

Под «патологиями» в данной Программе подразумевается: врастание плаценты в рубцовую область матки, токсикоз беременных и гестоз, анемия, невынашивание, маловодие, многоводие, неправильное предлежание плода, предлежание плаценты, эклампсия, гипертонус матки, артериальная гипертония, артериальная гипотония, сахарный диабет.

2.1.3. Медицинские услуги, необходимые для назначения/корректировки лечения острых заболеваний (или обострения хронических заболеваний), возникших во время дородового наблюдения в рамках Программы:

- 2.1.3.1. Консультации/прием врача акушера-гинеколога, врача общей практики/терапевта.
- 2.1.3.2. Инструментальные и лабораторные исследования необходимые для корректировки лечения по направлению врача, проводившего консультацию в рамках программы.

2.1.4. Стационарное обслуживание при родовспоможении и/или дородовом наблюдении (физиологические/плановые оперативные одноплодные/многоплодные роды):

- 2.1.4.1. Пребывание в отделении патологии беременности по медицинским показаниям и направлению врача акушера-гинеколога ведущего дородовое наблюдение в рамках программы;
- 2.1.4.2. Прерывание беременности по медицинским показаниям и направлению врача акушера-гинеколога, который ведет дородовое наблюдение;
- 2.1.4.3. Осмотр Застрахованного в приемном отделении Госпиталя дежурным врачом акушером-гинекологом при поступлении для родоразрешения, в т.ч. с предвестниками родов неограниченное количество раз.
- 2.1.4.4. Госпитализация Застрахованного с предвестниками родов по назначению дежурного врача для стационарного наблюдения в предродовую палату неограниченное количество раз в период действия Договора, но не более 12 (двенадцати) часов пребывания единовременно, более 12 (двенадцати) часов только по решению дежурного врача.
- 2.1.4.5. Госпитализация Застрахованного при оперативных родах не ранее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного оперативного родоразрешения.
- 2.1.4.6. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 2.1.4.7. Ведение самопроизвольных (физиологических) родов или оперативных родов (путем проведения операции кесарево сечения) дежурной медицинской бригадой в составе:
- о врач акушер-гинеколог;
- о врач анестезиолог;
- о врач-неонатолог;
- о акушерка, медицинская сестра анастезист, операционная медицинская сестра.

Включающие в себя медицинские услуги:

- акушерское пособие;
- катетеризация вены;
- забор крови для проведения анализов из вены матери и из пуповины очистительная клизма;
- **•** амниотомия (по медицинским показаниям);
- катетеризация мочевого пузыря (по медицинским показаниям);
- КТГ в родах;
- осмотр родовых путей;
- эпизиотомия/перинеотомия (по медицинским показаниям);
- ушивание разрывов;
- первичная обработка новорожденного;
- хирургическое отсечение пуповинного остатка.
- 2.1.4.8. Проведение гистологического исследования последа или послеоперационного материала (по медицинским показаниям).

- 2.1.4.9. Проведение анестезии (обезболивания) при родоразрешении с учетом медицинских показаний и согласия пациента. Индивидуальный подбор анестезиологического пособия.
- 2.1.4.10. Стационарная медицинская помощь Застрахованному (по медицинским показаниям) в палате интенсивной терапии отделения анестезиологии и реанимации.
- 2.1.4.11. Оказание в родильном зале первичной и реанимационной (по медицинским показаниям) медицинской помощи новорожденному.
- 2.1.4.12. Стационарная медицинская помощь Застрахованному после окончания родов (по медицинским показаниям) в индивидуальном родильном зале (до 3-х часов).
- 2.1.4.13. Стационарная медицинская помощь Застрахованной в индивидуальной палате в физиологических или обсервационном отделениях в сроке до 3-х койко-дней после самопроизвольных родов и до 6-ти койко-дней после оперативных родов.

При этом стационарная медицинская помощь Застрахованному включает в себя:

- осмотры акушерами-гинекологами;
- осмотры врачами специалистами (по медицинским показаниям);
- лабораторные исследования по медицинским показаниям (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микроскопическое исследование влагалищных мазков, коагулограмма; определение группы крови и резус-фактора; анализ крови на RW, HBsAg, HCV, ВИЧ);
- функциональная диагностика по медицинским показаниям включая ультразвуковые исследования, за исключением КТ и МРТ;
- лекарственная терапия (по медицинским показаниям);
- проведение физиотерапии по медицинским показаниям;
- оказание медицинской помощи акушеркой послеродового отделения при становлении лактации (по медицинским показаниям).
- 2.1.4.14. Однократная консультация медицинского психолога «Школы для беременных».
- 2.1.4.15. Однократный амбулаторный осмотр врача акушера-гинеколога, УЗИ органов малого таза в течение 56 (пятидесяти шести) календарных дней после родов.
- 2.1.4.16. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством РФ.

2.1.5. Стационарная медицинская помощь новорожденному ребенку/новорожденным детям (по медицинским показаниям) в отделении детской реанимации и интенсивной терапии.

2.1.5.1. Стационарная медицинская помощь новорожденному ребенку/новорожденным детям в физиологических или обсервационном отделениях в сроке до 3-х койко-дней после самопроизвольных родов и 6-х койко-дней после оперативных родов.

При этом стационарная медицинская помощь новорожденному включает:

- уход за новорожденным;
- осмотры врачами-неонатологами (педиатрами);
- осмотры врачами специалистами (по медицинским показаниям);
- лабораторные и функциональные исследования (по медицинским показаниям);
- лекарственная терапия (по медицинским показаниям);
- вакцинация против гепатита В и туберкулеза (при отсутствии противопоказаний и наличии согласия со стороны Застрахованного/законного представителя). Вакцинация проводится только в период стационарного наблюдения. Вакцинация ребенка после выписки из стационара в рамках данной программы не проводится.

При отсутствии противопоказаний предоставляются условия совместного пребывания матери и ребенка в послеродовом периоде.

2.1.6. В случае первичного выявления (подозрения), в результате диагностических обследований в рамках Программы, онкологического заболевания Застрахованному лицу предоставляются следующие услуги:

2.1.6.1. Медицинские услуги³ для верификации диагноза и составления персонализированного плана лечения, которые включают:

- консультацию врача-онколога, «второе медицинское мнение», онкологический консилиум;
- лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, имуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, РЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;

³ Медицинские услуги будут оказаны в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной компании.

• инструментальную диагностику (МРТ, КТ, ПЭТ-КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога).

2.1.7. Сервисные услуги:

- 2.1.7.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю (Период ожидания не применяется).
- 2.1.7.2. Полное сопровождение Застрахованного лица на всех этапах координация и курация во время программы дородового наблюдения и родовспоможения.
- 2.1.7.3. В случае первичного выявления в результате диагностических обследований в рамках программы онкологического заболевания Застрахованной предоставляются следующие услуги:
- 2.1.7.3.1. организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза и составления плана лечения:
- 2.1.7.3.2. круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- 2.1.7.3.3. круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- 2.1.7.3.4. консультация по плану лечения онкологического заболевания;
- консультации по прохождению получения 2.1.7.3.5. процедуры направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

2.2. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

Для получения услуг в рамках Программы страхования Застрахованный должен:

- 2.2.1. Позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8(800)222-60-47.
- 2.2.2. Для организации медицинских услуг в рамках программ дородового наблюдения и родовспоможения (пп. 2.1.1. 2.1.6. Программы) необходимо предоставить медицинский документ, подтверждающий факт беременности и медицинские документы по запросу врачей медицинского пульта.

2.3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

2.3.1. Заболевания и состояния, лечение которых не может быть оплачено Страховщиком:

- 2.3.1.1. Заболевания и состояния, не указанные в разделе 1 Программы;
- 2.3.2.1. Заболевания в результате получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного (более 0,5 промилле), наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами.

2.3.2. Медицинские услуги, которые не входят в Программу и не оплачиваются Страховщиком:

- 2.3.2.1. Услуги, проводимые без медицинских показаний.
- 2.3.2.2. Услуги, не являющиеся услугами по дородовому наблюдению или родовспоможению, за исключением прямо перечисленных в настоящей Программе.
- 2.3.2.3. Дополнительные медицинские услуги, направленные на выявление патологий.
- 2.3.2.4. Услуги, проводимые в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования и выбор которых не был согласован со Страховщиком (его уполномоченным представителем Сервисной компанией).
- 2.3.2.5. Проведение Пациенту или новорожденному/новорожденным осмотров и консультаций врачами-специалистами других специализированных лечебных учреждений.
- 2.3.2.6. Любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 2.3.2.7. Любые медицинские услуги, оказанные в Период ожидания -3 (три) календарных месяца с даты вступления Договора страхования в силу, за исключением п. 1.1.1. Программы.
- 2.3.2.8. Медицинские услуги по дородовому наблюдение и родовспоможению по более чем одной беременности в течении срока действия Договора страхования.
- 2.3.2.9. Медицинские услуги по дородовому наблюдение и родовспоможению в случае, если на момент окончания Периода ожидания срок беременности в соответствии с медицинскими документами более 12 (двенадцати) недель.
- 2.3.2.10. В иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Приложение № 1 к Программе страхования «Поколение. Ведение беременности и роды»

	Приложение № 1 к Программе страхования «Поколение. Ведение беременности и	
№ п/п	Название услуги	Кол- во
1	Прием (осмотр, консультация) акушера-гинеколога повторный или Прием (осмотр, консультация) акушера-гинеколога категории «А» повторный	13
2	Прием (осмотр, консультация) акушера-гинеколога категории «д» повторный	1
3	Прием (осмотр, консультация) офтальмолога первичный	1
4	Прием (осмотр, консультация) офтальмолога первичный	1
5	Прием (осмотр, консультация) стоматолога первичный	1
6	Прием (осмотр, консультация) терапевта первичный	1
7	Кардиотокография (КТГ)	6
8	ЭКГ взрослого	1
9	Забор крови из вены	26
10	Глюкозотолерантный тест	1
11	Клинический анализ крови	3
12	Общий анализ мочи с микроскопией осадка	13
13	¥	
14	Мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора)	2
15	Креатинин Мочевина	2
16		2
17	Общий белок	2
	Глюкоза	2
18	Билирубин общий	2
19	АЛТ (аланинаминотрансфераза)	2
20	АСТ (аспартатаминотрансфераза)	2
21 22	Фосфатаза щелочная	2
23	Железо	2
	Группа крови и резус-принадлежность, Kell-антиген	1
24	Определение аллоиммунных антител к антигенам эритроцитов (резус и минорные антигены Kell, Duffy)	1
25	Rh (C, E, c, e), Kell - фенотипирование (Определение наличия на исследуемых эритроцитах Антигенов С, E, c, e, K	1
26	Тиреотропный гормон (TTГ)	1
27	Тироксин свободный (Т4 свободный)	1
28	Пренатальный скрининг 1-го триместра (11-14 нед) (двойной тест) (определение уровня ПАПП-А-белка (РАРР-А) и Свободного b-ХГЧ с расчетом риска трисомии) с оценкой риска гестоза	1
29	Пренатальный скрининг 2-го триместра (16-20 нед) (тройной тест) (определение уровня АФП, b-ХГЧ и свободного эстриола с расчетом риска трисомии и дефектов нервной трубки) (в случае отсутствия результатов скрининга 1-го триместра)	1
30	Комплексное стандартное исследование гемостаза	2
31	Определение Д- димеров	2
32	Комплекс серологических реакций: HBs-Ag, анти-HCV, анти-ВИЧ+АГ, MP	2
33	Антитела к ВГЧ I и II типа - Антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ) I и II типа (два антитела - IgM, IgG)	1
34	Антитела к Цитомегаловирусу (два антитела - IgM, IgG)	1
35	Антитела к вирусу краснухи (два антитела - IgM, IgG)	1
36	Антитела к Токсоплазме Toxoplasma gondii (два антитела - IgM, IgG)	1
37	Chlamydia trachomatis (соскоб)	1
38	Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	1
39	Посев материала из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	2
40	Цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала)	1
41	Комбинированная оценка риска хромосом патологии и гестоза (пренатальный скрининг 1-го триместра 11-13 недель)	1
42	УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и допплерометрию по показаниям) с 11 недель беременности	5
43	УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и допплерометрию по показаниям) с 11 недель беременности, специалистом категории «А».	5

