



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
от «13» августа 2021 г. № 115

/Захаров А.В.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 26

г. Москва
2021

Оглавление

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	3
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	4
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	4
5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	5
6. СТРАХОВАЯ СУММА	5
7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС	5
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	6
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	9
9.1. Страхователь имеет право	9
9.2. Страхователь обязан.....	10
9.3. Застрахованный имеет право.....	10
9.4. Застрахованный обязан	11
9.5. Страховщик имеет право	11
9.6. Страховщик обязан.....	12
10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	12
11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	16
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	17

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) определяются условия, на основании которых Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам (далее – Застрахованные) медицинской помощи в определенном объеме или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования).

Страховщик на основании Правил заключает договоры коллективного добровольного медицинского страхования.

Договор коллективного добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с юридическими лицами, представляющими интересы физических лиц, в отношении работников этого юридического лица и членов их семей, если Договором страхования не предусмотрено иное.

1.3. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страхователь – лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованное лицо (далее именуемый также Застрахованный) – физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Страховая сумма – определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату.

Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы в соответствии с условиями страхования.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Выжидательный период – промежуток времени, по истечении которого событие, предусмотренное договором страхования, свершившееся после истечения данного промежутка времени, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

Франшиза – часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. Договором страхования могут быть предусмотрены различные виды франшиз.

1.4. При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений Правил.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием

Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса).

Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

- состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожновенерологических диспансерах;
- ВИЧ – инфицированы;
- имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;
- госпитализированы;
- имеют группу инвалидности;
- старше 60 лет.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного 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.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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

4.2. Страховым случаем по договорам добровольного медицинского страхования является обращение Застрахованного в течение действия страхования в сервисную компанию, медицинскую организацию, или иную организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг по поводу состояния.

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

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

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

4.3.3. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры, а также которые были выполнены по желанию Застрахованного лица в отсутствие медицинских показаний;

4.3.4. в случае применения косметических вмешательств или пластической хирургии, если договором страхования не предусмотрено иное;

4.3.5. по поводу лазерной или контактной коррекции зрения, если договором страхования не предусмотрено иное;

4.3.6. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании, заболеваний и состояний, связанных с последствиями приема алкоголя, наркотических и иных опьяняющих веществ;

4.3.7. по поводу инфекционных заболеваний любой формой ВИЧ-инфекции в любой ее стадии, вирусных гепатитов В и С, если договором страхования не предусмотрено иное.

4.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию:

4.4.1. за получением медицинской помощи, медицинских и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;

4.4.2. в медицинскую и/или иную организацию, не предусмотренную договором страхования;

4.4.3. если обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате стихийных бедствий;

4.4.4. в других случаях, не предусмотренных Программой страхования и договором страхования.

4.5. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным лицом) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования. Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия договора страхования, и понесенные после истечения срока страхования до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.6. По соглашению сторон договора страхования в Программы страхования вносятся перечни услуг, подлежащих и (или) не подлежащих оплате в рамках страховой выплаты, и перечни событий, заболеваний, состояний, при которых обращение Застрахованного лица признается и (или) не признается страховым случаем.

4.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если необходимость обращения Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвана заболеваниями, в том числе травмами, состояниями, возникшими в результате:

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

5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор добровольного медицинского страхования действует на территории Российской Федерации. Договором добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено, что страхование действует, и организация медицинской помощи осуществляется на территории других стран.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.

6.2. Страховая сумма, если иное не установлено договором страхования, определяет максимальную стоимость медицинской помощи и иных предусмотренных договором страхования (Программой страхования) услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия страхования независимо от числа обращений в медицинские организации.

6.3. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховых выплат по отдельным программам, видам медицинских услуг, страховым продуктам, группам Застрахованных лиц и т.п.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС

7.1. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанную им тарифную методику, определяющие величину страховой премии (страхового взноса).

7.2. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок действия договора страхования или по соглашению сторон договора страхования уплачиваться в рассрочку в течение срока действия договора страхования.

Порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в договоре страхования. Если к сроку, установленному в договоре страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае неуплаты очередного страхового взноса в предусмотренные договором страхования сроки или размере, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в договоре страхования как последняя дата срока уплаты соответствующего страхового взноса. В этом случае Страховщик письменно информирует Страхователя о факте неуплаты страхового взноса и уведомляет его о досрочном прекращении договора страхования с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в договоре страхования как крайняя дата уплаты страхового взноса. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страхового взноса.

Информирование Страхователя осуществляется способами, согласованными в Договоре страхования, как способы взаимодействия со Страхователем, позволяющим зафиксировать факт отправки сообщения (e-mail, смс, сервис, письменное уведомление и пр.), по контактными данным, указанным Страхователем при заключении договора страхования.

7.4. Страховая премия (страховые взносы) могут оплачиваться в наличной форме в кассу Страховщика или в безналичной форме путем перечисления денежных средств на счет Страховщика.

7.5. Моментом уплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не установлено договором страхования, считается:

7.5.1. в случае безналичной оплаты – день поступления денежных средств на счет Страховщика;

7.5.2. в случае оплаты наличными средствами – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или передачи денежных средств представителю (страховому агенту/брокеру) Страховщика.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается сроком на один год с юридическим лицом, если иное не предусмотрено договором страхования, согласно тарифной методике, утвержденной Страховщиком.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность. Договор страхования может быть заключен на основании письменного заявления Страхователя или его представителя.

8.3. Договор страхования содержит положения, согласованные сторонами. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа программ, являющихся приложением к Правилам, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг по соглашению сторон. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения

исчерпывающего перечня лекарственных средств, медицинских изделий, медицинских и иных услуг, включаемых в программу страхования Застрахованного лица. Кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться и о названии программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

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

- о Застрахованном лице (лицах);
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия договора страхования;
- о размере страховой суммы;
- о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);
- о перечне медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования;
- об условиях и сроках вступления договора страхования в силу, а также его прекращения.

При заключении договора страхования Страхователь обязан передать Страховщику сведения о Застрахованных лицах, необходимые для идентификации Застрахованных лиц (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения), а также, по требованию Страховщика, сведения о состоянии здоровья Застрахованных, об их занятости на вредных производствах, вредных для здоровья факторах на производстве.

8.5. При заключении договора страхования Страхователь предоставляет Страховщику следующие сведения:

- Анкета (досье) **юридического лица – Страхователя** по форме Приложения № 2 к Правилам;
- Анкета (досье) физического лица для **представителя юридического лица – Страхователя** по форме Приложения №2.1 к Правилам;
- Анкета (досье) физического лица для **бенефициарного владельца юридического лица – Страхователя** по форме Приложения № 2.1 к Правилам;
- Список Застрахованных по форме Приложения № 3 к Правилам;
- согласие на обработку персональных данных Застрахованного для целей заключения и исполнения Договора страхования по форме Приложения № 4 к Правилам.
- банковские реквизиты Страхователя;

8.6. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (в страховом полисе) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

8.7. Если договор страхования заключается на условиях Правил страхования, они должны быть изложены в договоре страхования, либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения Правил на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован об условиях Правил путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты, или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил страхования. В договоре страхования должны быть указаны

признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены Правила страхования.

При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с Правилами страхования может подтверждаться в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

В случае если Правила страхования были представлены Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст Правил страхования на бумажном носителе.

8.8. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.9. По соглашению сторон договор страхования может быть заключен путем подписания двустороннего документа – договора страхования. Образец договора страхования установлен в соответствии с Приложением № 1 к Правилам.

8.10. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза, а также иные виды франшизы.

При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

При установлении в Договоре страхования безусловной франшизы размер страховой выплаты определяется как разница между размером понесенных расходов на оказание Застрахованному медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных договором страхования, и суммой франшизы.

Франшиза может определяться Сторонами в процентном отношении к страховой сумме, в процентном отношении к страховой выплате или в абсолютной величине. В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

8.11. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не могут быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе.

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

8.12. При утрате Страхователем и/или Застрахованным лицом любого из документов, оформляемых при заключении договора страхования и выдаваемых Страхователю и/или Застрахованному лицу, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному) выдаются дубликаты документов.

8.13. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страхового взноса (первой части страхового взноса).

8.14. Если условиями договора страхования не предусмотрено иное, договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого страхового взноса (первой части страхового взноса).

8.15. Если иное не предусмотрено договором страхования, срок действия договора страхования составляет один календарный год с момента вступления его в силу.

8.16. В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующий страховой взнос за период с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия договора страхования.

8.17. Страховые документы лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, подлежат возврату Страховщику.

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

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

8.20. Создание и отправка страхователем (застрахованным лицом, выгодоприобретателем) страховщику информации в электронной форме в целях исполнения Договора страхования, в том числе, для получения страховой выплаты, может осуществляться с использованием официальных сайтов страховщика, страхового агента в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" или мобильных приложений страховщика, страхового агента, осуществляющих автоматизированные создание и отставку информации в информационную систему страховщика. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и(или) его Агенту и подписанная простой, квалифицированной электронной подписью или усиленной неквалифицированной электронной подписью Страхователя, - юридического лица или простой электронной подписью Застрахованного лица - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ "Об электронной подписи", признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого лица.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

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

9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных учреждений и/или Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3. досрочно прекратить действие договора страхования;

9.1.4. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования. При этом условия страхования для вновь Застрахованных

лиц определяются отдельно условиями договора страхования по соглашению сторон;

9.1.5. прекратить в отношении Застрахованного лица действие договора страхования;

9.1.6. с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору лиц. Замена Застрахованных по договору страхования лиц производится в соответствии с п.2 ст.955 ГК РФ.

9.1.7. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

9.2.2. предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц;

9.2.3. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье Застрахованных;

9.2.4. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.5. доплатить по требованию Страховщика страховую премию в случае увеличения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, если иное не установлено договором страхования;

9.2.6. передать Застрахованному страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате – дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.2.7. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.8. своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, т.е. об изменении обстоятельств, которые были сообщены Страховщику при заключении договора страхования и о ставших известными случаями выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа указанных в Правилах;

9.2.9. уведомлять Страховщика об изменении информации, которая предоставлялась Страхователем Страховщику, в связи с идентификацией Страхователя, осуществляемого Страховщиком в рамках реализации требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и финансированию терроризма. В случае, если Страхователем не представлены Страховщику идентификационные сведения к сроку обновления таких сведений (не реже одного раза в год), то непредставление соответствующей информации Страховщик вправе расценить как неизменность сведений о Страхователе, установленных при его идентификации в рамках исполнения требований законодательства в части противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения.

9.3. Застрахованное лицо имеет право:

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

9.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на

получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

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

9.3.4. при утрате страховых документов получить их дубликаты;

9.3.5. ознакомиться с информационными материалами по договору страхования в электронном виде на официальном сайте Страховщика;

9.3.6. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

9.4. Застрахованное лицо обязано:

9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой страхования;

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

9.4.3. своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в Правилах;

9.4.4. не передавать страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.5. по требованию Страховщика в соответствии с п. 9.5.3 Правил пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;

9.4.6. своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

9.4.7. при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликатов;

9.4.8. при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызывать врача на дом, установленной Застрахованным лицом после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;

9.4.9. уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;

9.4.10. Нарушение Застрахованным лицом условий п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного лица информацию;

9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

9.5.3. потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного лица и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия договора страхования у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного лица имеются заболевания (состояния) из числа указанных в Правилах;

9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного лица, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора страхования Страхователю и Застрахованному лицу;

9.5.5.прекратить договор страхования в отношении Застрахованного лица в случае получения письменного заявления Застрахованного лица (направленного им через Страхователя или самостоятельно) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком;

9.5.6.в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения – потребовать досрочно прекратить договор страхования;

9.5.7.при наличии у Страхователя просроченной дебиторской задолженности перед Страховщиком по закончившемуся договору страхования, приостановить в отношении Застрахованного лица организацию оказания медицинской помощи по действующему договору страхования до погашения Страхователем подтвержденной задолженности. Страховщик должен уведомить Страхователя не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до начала приостановления организации медицинской помощи о факте наличия задолженности с указанием последствий непогашения задолженности.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1.организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лицом медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2.контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными учреждениями;

9.6.3.осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и/или договором страхования;

9.6.4.выдать Застрахованному лицу страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликаты;

9.6.5.по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты;

9.6.6.по запросу Страхователя один раз в течение действия договора бесплатно предоставить копию действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования;

9.6.7.информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений путем направления уведомления по почтовому адресу или иным предусмотренным договором страхования способом связи.

9.6.8.По устному или письменному запросу Застрахованного лица, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, Страховщик предоставляет ему информацию об условиях заключенного в отношении Застрахованного лица договора страхования.

9.7 Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

10.1. Объем медицинской помощи, перечень медицинских и иных услуг, подлежащих организации и оплате Страховщиком при наступлении страхового случая определяется Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования.

10.2. Программы страхования являются приложением к Правилам страхования (Приложение № 5). Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных программ страхования.

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

10.4. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, обусловленных договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и (или) иные организации, указанные в договоре страхования, предварительно к Страховщику по указанным им телефонам или в сервисную компанию.

10.5. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую и (или) иную организацию обязано предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено договором страхования.

10.6. Страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем организации и (или) оплаты стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных предусмотренных Договором страхования услуг, а также лекарственных средств или медицинских изделий непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию и в аптечную (или иную) организацию по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного лица может быть организовано и оплачено Страховщиком также путем возмещения Застрахованному понесенных расходов, либо путем оплаты санаторно-курортной организации стоимости санаторно-курортной путевки.

10.7. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и (или) иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями договора и Программы страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.

При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 10.9. настоящих Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая, необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

10.8. Осуществление перечисления денежных средств со стороны Страховщика за оказанные Застрахованному услуги производится после получения от медицинских организаций документов, подтверждающих наступление страхового случая и оказание предусмотренных программой страхования услуг: счета с указанием диагноза (кода диагноза в соответствии с действующей международной классификацией болезней), сроков лечения, перечня и количества оказанных услуг, их общей стоимости и детализации по ценам для отдельных услуг, оказанных Застрахованному в пределах Программы, предусмотренной договором страхования.

10.9. Для осуществления выплаты в соответствии с пунктом 10.7 Правил решение о признании (либо не признании) заявленного события страховым случаем выносится Страховщиком на основании следующих документов, представляемых Страхователем (Застрахованным) или его уполномоченным представителем:

- документа, удостоверяющего личность заявителя Страхователя (Застрахованного) или его нотариально заверенной копии, содержащего необходимые сведения для целей идентификации лица, обратившегося за выплатой, в порядке, установленном Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов,

полученных преступным путем, и финансированию терроризма»: **для граждан Российской Федерации** – паспорт гражданина Российской Федерации, паспорт гражданина Российской Федерации, дипломатический паспорт, служебный паспорт, удостоверяющие личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации, свидетельство о рождении гражданина Российской Федерации (для граждан Российской Федерации в возрасте до 14 лет), временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта гражданина Российской Федерации; **для иностранных граждан**: паспорт иностранного гражданина; **для лиц без гражданства**: документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание, вид на жительство; документ, удостоверяющий личность лица, не имеющего действительного документа, удостоверяющего личность, на период рассмотрения заявления о признании гражданином Российской Федерации или о приеме в гражданство Российской Федерации; удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации по существу;

- оригинала доверенности или ее нотариально заверенной копии, подтверждающей полномочия представителя Страхователя (Застрахованного), если Страхователь (Застрахованный) действует через представителя;

- справки от нотариуса об обращении с заявлением о принятии наследства, свидетельство о праве на наследство, а также иные документы свидетельствующие о принятии наследства, если обращение исходит от наследников Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного);

- оригинала договора страхования (страхового полиса), в том числе со всеми дополнительными соглашениями (если заключались дополнительные соглашения), оригинала квитанций об оплате страховой премии (страховых взносов), если наличие таковых предусмотрено условиями договора страхования и технологией продаж, а также анкет, описей, фотографий и иных документов, которые являются неотъемлемой частью договора страхования;

- банковских реквизитов для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке;

- оригиналов оплаченного счета с указанием медицинской организации, оказавшей услуги, перечня оказанных услуг и их стоимости с детализацией по ценам, квитанции или кассового чека, подтверждающих факт оплаты услуг, выписки из медицинского документа, подтверждающего факт получения услуг, заверенного прејскуранта медицинской организации, договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Застрахованным и медицинской организацией, заверенной копии лицензии медицинской организации со всеми приложениями.

Подача заявления на страховую выплату и иных документов возможна в электронной форме через официальный сайт Страховщика в сети «Интернет» с соблюдением требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

10.10. Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям Правил страхования и (или) договора страхования) и правильность их оформления. Если выявлены факты непредставления документов и (или) предоставления ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

10.11. Срок уведомления о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и (или) ненадлежащим образом оформленных документов, не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней. Срок для принятия решения о выплате приостанавливается до предоставления полного комплекта документов.

10.12. При личном обращении Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Если опись и (или) реестр документов содержит форму заявления на страховую выплату, такое заявление признается актом приема-передачи документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

10.13. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов, за исключением случая обращения за страховой выплатой по договору страхования, переданному в составе страхового портфеля.

Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель Страховщику, но не переданных передавшим страховой портфель Страховщиком принявшему страховой портфель Страховщику.

10.14. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

10.15. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также содействует проведению экспертизы качества оказанных услуг по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

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

10.17. Страховая выплата при оплате счетов медицинских и иных организаций за оказанные Застрахованным услуги осуществляется в сроки, установленные договорами, заключенными между Страховщиком и этими организациями.

10.18. В случае осуществления страховой выплаты в соответствии с пунктом 10.7. Правил решение о признании (либо не признании) заявленного события страховым случаем, принимается Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения последнего из документов, предусмотренных Правилами и (или) договором страхования и оформляется страховым актом.

10.19. В случае осуществления страховой выплаты в соответствии с пунктом 10.7. Правил страховая выплата производится в течение 10 (десяти) рабочих дней после утверждения Страховщиком страхового акта.

Страховая выплата в пользу наследников получателя выплаты производится в течение 10 (десяти) рабочих дней по истечении срока на принятие наследства при условии предоставления документов, подтверждающих принятие наследства.

10.20. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует заявителя в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе.

10.21. При плановой госпитализации оплата услуг производится Страховщиком до конца срока действия договора страхования (услуги, оказанные после окончания действия договора страхования, не подлежат оплате со стороны Страховщика).

10.22. При установлении в договоре страхования безусловной франшизы часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным) при получении (оказании) услуг непосредственно организации, которая оказывает эти услуги, либо Страховщику в срок до 30 (тридцати) дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения от Страховщика уведомления об оплате последним оказанных услуг, либо способом, отдельно оговоренным в договоре страхования. Неуплата Страхователем (Застрахованным) суммы франшизы, признается отказом от страховой выплаты по заявленному событию.

10.23. При страховании с валютным эквивалентом сумма страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим в течение действия договора не может быть больше рублевого эквивалента страховой суммы по договору, рассчитанной по курсу Банка России, установленному для данной валюты на дату осуществления страховой выплаты (списания).

10.24. Если Страховщик воспользовался правом на проведение расследования обстоятельств заявленного события, решение о страховой выплате принимается после проверки достоверности представленной заявителем информации о событии, получения результатов экспертизы, освидетельствования Застрахованного.

10.25. Направление на освидетельствование Застрахованного лица осуществляется Страховщиком путем сообщения Застрахованному информации о дате, времени и месте проведения освидетельствования любым возможным способом, позволяющим зафиксировать факт отправки сообщения (e-mail, смс, письменное уведомление и пр.), по контактными данным, указанным Страхователем при заключении договора страхования, если в заявлении на страховую выплату не указано иное.

10.26. Если Застрахованный не прошел освидетельствование в согласованную дату, Страховщик сообщает этому лицу другую дату освидетельствования. При этом если течение срока принятия решения о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

10.27. В случае повторного не прохождения Застрахованным освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Застрахованным.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока его действия;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме;

- неуплаты Страхователем страхового взноса в установленные договором страхования сроки и размеры, при этом Страховщик уведомляет о прекращении договора Страхователя;
- ликвидации Страхователя;
- в случае смерти Застрахованного лица;
- в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя, как в целом, так и в отношении отдельных Застрахованных, в соответствии с нормами гражданского законодательства с письменным уведомлением другой стороны.

11.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных, 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, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе Страхователя (Застрахованного) от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное, а также кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с процессуальным законодательством Российской Федерации.

12.2. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федерации, начиная со дня наступления страхового случая.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования № 26

ДОГОВОР №
добровольного медицинского страхования граждан

г. Москва

« » 20 г.

_____ (далее по тексту – Страховщик), лицензия СЛ № ____ от _____, в лице _____, с одной стороны, и _____ (далее по тексту – Страхователь) в лице _____, действующего (-ей) на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Договор разработан на основании Правил добровольного медицинского страхования № 26 в редакции от 13.08.2021 г., размещенных на сайте Страховщика по адресу <https://ulife.ru/documents/rules>, и является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется организовать и финансировать предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи определенного размера и качества или иных услуг по Вариантам (Варианту) программы (Программ) добровольного медицинского страхования.

1.2. Застрахованными лицами, на которых распространяется страхование в соответствии с Договором, являются лица, состоящие в трудовых отношениях со Страхователем, если положениями Договора не предусмотрено страхование родственников Застрахованного лица (супруги/супруга, детей Застрахованного лица и иных лиц по согласованию со Страховщиком).

1.3. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой предусмотренных Программой страхования (далее – Программа, Приложение № 1 к Договору) медицинских и иных услуг, оказываемых в предусмотренных Договором медицинских и иных организациях (Приложение № 2 к Договору) при наступлении страхового случая.

Совокупность объема медицинских и иных услуг (Программы) и соответствующего ему списка медицинских и иных организаций именуется Вариантом программы страхования (далее – Вариант).

1.4. По Договору Страховщик берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам, указанным в Списке Застрахованных лиц (далее – Список, Приложение № 3 к Договору), медицинских и иных услуг в соответствии с Программой, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки, установленные Договором.

Вариант, установленный для конкретного Застрахованного лица, указывается в Списке.

1.5. Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора в соответствии со Списком составляет человек.

1.6. Обслуживание и организация услуг, предусмотренных Программами, осуществляется в Сервисе «BestDoctor» (далее – Сервис), размещенном по адресу bestdoctor.ru в сети «Интернет» или через мобильное приложение «BestDoctor» для IOS и Android.

1.7. Организацию медицинской помощи и оказания иных услуг по Договору от лица Страховщика выполняет компания ООО «Бестдоктор» через Сервис, позволяющий:

1.7.1. через Личный кабинет Страхователя подавать заявки от Страхователя на изменение количества Застрахованных лиц, Программ, иных условий Договора;

- 1.7.2. просматривать в Личном кабинете Застрахованного лица Программы, перечень доступных медицинских организаций, осуществляющих обслуживание по Вариантам;
- 1.7.3. осуществлять в Личном кабинете Застрахованного лица подачу запросов на организацию и оказание услуг в рамках Программы при исполнении Договора (осуществлении страховой выплаты);
- 1.7.4. получать информационную поддержку посредством колл-центра, личного кабинета либо электронной почты.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 2.1. По Договору страховым случаем является:
 - 2.1.1. событие, предусмотренное Программой, являющейся неотъемлемой частью Договора, при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность оплатить предусмотренные Программой услуги.
- 2.2. Не является страховым и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица с целью получения медицинских и иных услуг, а также возникновение необходимости организации и оказания иных услуг:
 - 2.2.1. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических, психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;
 - 2.2.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
 - 2.2.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
 - 2.2.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
 - 2.2.5. в связи с инфекционной болезнью, представляющей опасность для окружающих, включенной в соответствующий перечень органами власти.
- 2.3. Не являются страховыми случаи обращения за медицинскими и иными услугами, возникновение необходимости организации и оказания иных услуг:
 - 2.3.1. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Договором и (или) Программой, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные Договором и (или) Программой;
 - 2.3.2. если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Договором, без согласования со Страховщиком;
 - 2.3.3. если медицинские и иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом;
 - 2.3.4. в связи с ВИЧ-инфекцией, СПИД;
 - 2.3.5. в связи с туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса.
- 2.4. В соответствии со ст. 964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:
 - 2.4.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - 2.4.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - 2.4.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 2.5. Прочие исключения из страхования изложены в Программе, приложенной к Договору.

3. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 3.1. Страховые суммы и страховые премии устанавливаются по Вариантам в следующих размерах:

Наименование Варианта	Количество Застрахованных лиц по Варианту	Страховая премия на одно Застрахованное лицо, руб.	Страховая сумма на одно Застрахованное лицо, руб.	Итого страховая премия по Варианту, руб.	Итого страховая сумма по Варианту, руб.
1	2	3	4	5	6
Наименование Варианта	цифрами	цифрами	цифрами	цифрами (2*3)	цифрами (2*4)
Наименование Варианта	цифрами	цифрами	цифрами	цифрами (2*3)	цифрами (2*4)
Итого:				Общая страховая премия по Договору:	Общая страховая сумма по Договору:

3.2. Общая страховая сумма по Договору составляет: _____ (_____) рублей 00 копеек.

Предусмотрены следующие повышающие коэффициенты к страховой премии по возрасту: для Застрахованных лиц в возрасте от 60 (шестидесяти) лет применяется коэффициент 1,5; для Застрахованных лиц старше 70 (семидесяти) лет применяется коэффициент 2,0. Лица старше 70 (семидесяти) лет принимаются на добровольное медицинское страхование по дополнительному согласованию со Страховщиком. При страховании лиц старше 55 лет Страховщик вправе проводить индивидуальное медицинское анкетирование, по результатам которого будет определяться окончательный размер страховой премии для данного лица. При этом в случае выявления заболевания, увеличивающего степень риска Страховщика, индивидуальный коэффициент может быть выше указанных возрастных коэффициентов.

В наименовании Вариантов для лиц, к которым применяются возрастные коэффициенты, добавлено «К-1,5» или «К-2».

3.3. Общая страховая премия по Договору составляет: _____ (_____) рублей _____ копеек.

Страховая премия уплачивается путем перечисления денежных средств на расчетный счет, реквизиты которого указаны в Договоре, в рассрочку в следующем порядке:

Первый страховой взнос за период с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. в размере _____ цифрами (прописью) рублей _____ копеек до «___» _____ 202__ г.

Второй страховой взнос за период с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. в размере _____ цифрами (прописью) рублей _____ копеек до «___» _____ 202__ г.

Третий страховой взнос за период с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. в размере _____ цифрами (прописью) рублей _____ копеек до «___» _____ 202__ г.

Четвертый страховой взнос за период с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. в размере _____ цифрами (прописью) рублей _____ копеек до «___» _____ 202__ г.

3.4. Датой уплаты страхового взноса, при уплате путем безналичного перечисления, считается дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

3.5. Если к установленному сроку первый страховой взнос не поступил на расчетный счет Страховщика или поступила меньшая сумма, либо при неуплате в определенный Договором срок очередного страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе досрочно прекратить действие Договора в одностороннем порядке.

3.6. При прекращении действия Договора в связи с неуплатой первого (очередного) страхового взноса Страхователь не освобождается от обязанности уплатить страховой взнос за период времени, в течение которого действовал Договор.

3.7. Размеры страховых премий по Вариантам, установленные на одно Застрахованное лицо, не могут быть увеличены Страховщиком в течение срока действия Договора в отношении лиц, уже застрахованных по Договору, кроме случаев, указанных в п. 3.8. Договора.

3.8. Страховщик имеет право изменить размеры страховых премий:

3.8.1. при уменьшении численности Застрахованных лиц в период действия Договора на 20 и более процентов от первоначального общего количества Застрахованных лиц, указанного в п. 1.4. Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Страхователь имеет право:

4.1.1. требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных

организациях, предусмотренных Договором, медицинских и иных услуг, определенных Программой, при наступлении страхового случая;

4.1.2. в течение срока действия Договора обратиться к Страховщику с предложением изменить объем медицинских и иных услуг, предусмотренный Программой, перечень медицинских и иных организаций, размер страховой суммы, срок действия Договора.

Изменение объема медицинских и иных услуг, предусмотренного Программой, а также перечня медицинских и иных организаций допускается не более одного раза в месяц Договора и производится сразу для всех лиц, Застрахованных по изменяемому Варианту, при этом не производится:

4.1.2.1. перевод Застрахованного лица с Варианта, не содержащего «Стационарного обслуживания (экстренная, неотложная и плановая госпитализация)» или «Стационарного обслуживания (экстренная и неотложная госпитализация)», на Вариант, содержащий данные условия;

4.1.2.2. перевод Застрахованного лица с Варианта, содержащего «Стационарное обслуживание (экстренная и неотложная госпитализация)», на Вариант, содержащий «Стационарное обслуживание (экстренная, неотложная и плановая госпитализация)»;

4.1.3. обратиться к Страховщику с предложением досрочно прекратить действие Договора, в том числе прекратить страхование в отношении отдельных Застрахованных лиц с 1, 10 и 20 числа каждого месяца в порядке, указанном в п. 7.3.1., 7.3.4. Договора.

Порядок взаиморасчетов сторон при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя, в том числе при прекращении страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц с 1, 10 и 20 числа каждого месяца, указан в п. 7.2.1. Договора;

4.1.4. обратиться к Страховщику с предложением дополнительно включить в Договор новых Застрахованных лиц с 1, 10 и 20 числа каждого месяца в порядке, указанном в п. 7.3.2. Договора.

Порядок взаиморасчетов сторон при увеличении численности Застрахованных лиц указан в п. 7.2.3. Договора.

4.1.5. заменить Застрахованных лиц в течение срока действия Договора. Замена Застрахованного лица производится с письменного согласия этого лица и Страховщика.

4.2. Страхователь обязан:

4.2.1. уплачивать страховую премию в сроки и в размере, предусмотренные Договором;

4.2.2. в случае внесения изменений в Договор подписать соответствующее дополнительное соглашение. Дополнительные соглашения оформляются по окончании квартала обслуживания с учетом всех изменений, согласованных Сторонами, за этот период;

4.2.3. направлять запросы, списки Застрахованных лиц, иные сообщения и документы Страховщику в порядке, установленном п. 12.2. Договора;

4.2.4. обеспечить Застрахованных лиц переданной Страховщиком информацией о способе регистрации Застрахованных лиц в Сервисе (страховые документы Застрахованным лицам на руки не выдаются);

4.2.5. предоставить Страховщику списки Застрахованных лиц, соответствующих критериям, установленным п. 1.2. Договора, в порядке и по форме, установленной Страховщиком;

4.2.6. обеспечить достоверность и правильность сведений о Застрахованных лицах, сообщаемых Страховщику при заключении Договора, а также предоставлять Страховщику сведения о дополнительно включаемых или заменяемых Застрахованных лицах при внесении изменений в Список Застрахованных лиц. По требованию Страховщика предоставить анкету о состоянии здоровья Застрахованного лица и/или результаты медицинского освидетельствования при принятии его на страхование;

4.2.7. ознакомить Застрахованных лиц с условиями Договора и Программами;

4.2.8. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, адреса места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства;

4.2.9. произвести доплату страховой премии в случаях, предусмотренных п. 4.1.2. и 4.1.4. Договора, в срок, указанный в дополнительном соглашении к Договору;

4.2.10. в период действия Договора незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными обстоятельствах, которые могут повлиять на увеличение страхового риска, в частности, о выявлении у Застрахованного лица определенных заболеваний и состояний из числа перечисленных в Программе как заболевания и состояния, по которым оплата медицинских услуг не осуществляется и организация лечения которых не производится, в том числе повышающих вероятность обращения за оказанием медицинских и иных услуг, установление Застрахованному лицу инвалидности.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем обязанности, указанной в данном пункте, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением, в соответствии с ч. 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.2.11. В случае изменения/прекращения трудовых или гражданско-правовых отношений с работником(ами) Страхователя, которым предоставлен доступ в личный кабинет Страхователя, и/или в случае компрометации пароля Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика. Изменение сведений о работнике(ах) Страхователя, которым предоставлен доступ в личный кабинет Страхователя, производится в порядке, предусмотренном п. 7.5. Договора. До получения такого уведомления Страховщик считается неуведомленным о данных обстоятельствах.

4.3. Страховщик имеет право:

4.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий Договора;

4.3.2. не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных п.п. 2.2. -2.5. Договора;

4.3.3. при выявлении или уведомлении Страхователем об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в соответствии с п.4.2.9. Договора требовать уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий Договора (в т.ч. сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, установления лимитов ответственности и др.);

4.3.4. при выявлении случаев включения Страхователем в Списки лиц, не соответствующих критериям, установленным п. 1.2. Договора, потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, при отказе Страхователя изменить условия Договора или доплатить страховую премию, Страховщик вправе прекратить обслуживание в отношении указанных лиц без возврата страховой премии;

4.3.5. с целью исполнения Договора с согласия Застрахованных лиц осуществлять все действия (операции) с их персональными данными, в том числе фамилией, именем, отчеством, датой рождения, сведениями о документе, удостоверяющем личность, адресом места жительства, номером телефона, сведениями о состоянии здоровья, о фактах обращения за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах, иными сведениями, полученными при обследовании и лечении Застрахованного лица, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) партнерам (медицинским и иным организациям, которые указаны в Программах страхования), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения (в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных обработка прекращается Страховщиком досрочно и влечет последствия, указанные в п. 9.3. Договора).

4.4. Страховщик обязан:

4.4.1. по требованию Страхователя (Застрахованного лица) разъяснять положения, содержащиеся в Договоре;

4.4.2. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой;

4.4.3. при наступлении страховых случаев оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями Договора и Программой;

4.4.4. в случае невозможности оказания медицинской или иной организацией Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных Договором, организовать и оплатить оказание аналогичных по качеству медицинских и иных услуг в другой медицинской или иной организации.

При самостоятельной организации Застрахованным лицом получения медицинских и иных услуг без участия Страховщика, если это не предусмотрено Программой и Договором, последний вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы (если они не были согласованы со Страховщиком);

4.4.5. организовать контроль объема и качества предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг;

4.4.6. в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента вступления в силу Договора обеспечить для каждого Застрахованного лица доступ в Сервис;

4.4.7. предоставить доступ работнику (работникам) Страхователя в личный кабинет Страхователя, размещенный по адресу bestdoctor.ru, через который Страхователь сможет направлять заявки и запросы на изменение Договора, в том числе списков Застрахованных лиц, получать счета на оплату страховой премии (страховых взносов). Список лиц, которым предоставлен доступ в личный кабинет Страхователя, указан в Приложении № 5 к Договору.

4.4.8. организовать при помощи Сервиса оказание медицинских и (или) иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Вариантом (Приложение № 1) и условиями, содержащимися в Договоре, передав Страхователю информацию, необходимую для регистрации Застрахованных лиц в Сервисе;

4.4.9. осуществлять направление запросов Страхователю, получать сообщения, запросы и документы от Страхователя при исполнении Договора в порядке, установленном п. 12.2. Договора;

4.4.10. организовать контроль объема, сроков и качества медицинской помощи и иных услуг, оказываемых в соответствии с Договором Застрахованным лицам;

4.4.11. соблюдать тайну страхования.

4.5. Застрахованное лицо имеет право:

4.5.1. требовать организации предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора и Программой;

4.5.2. сообщить Страховщику о случаях непредоставления медицинских и иных услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.

4.6. Застрахованное лицо обязано:

4.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской или иной организацией, условия Программы;

4.6.2. не передавать их другим лицам информацию о доступе в Сервис с целью получения ими медицинских и иных услуг в рамках Программ;

4.6.3. при обращении в медицинскую или иную организацию предъявить документ, удостоверяющий личность.

4.7. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении Договора. Конфиденциальными сведениями по Договору признаются: сведения о Застрахованных лицах, сведения о факте обращения Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат, информация об имущественных интересах лиц, находящихся под иностранными санкциями, а также иная информация, предусмотренная законодательством

Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.8. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по Договору переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации, путем замены Страхователя в Договоре, оформляемой дополнительным соглашением к Договору.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут « » 202 г. и действует до 24 часов 00 минут « » 202 г.

5.2. Действие страхования в соответствии с Договором прекращается одновременно с прекращением действия Договора.

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

6.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы, указанной в п.п. 3.1.-**Ошибка! Источник ссылки не найден..** Договора.

6.1. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

6.1.1. осуществляется оплата за оказанные медицинские и иные предусмотренные Программой услуги в медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской и/или иной организацией.

6.2. Франшиза:

6.2.1. Варианты, установленные Договором, могут предусматривать франшизу – часть убытков, которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. Вариантом могут быть предусмотрены различные виды франшизы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2.2. Сумма франшизы за оказанные Застрахованному лицу услуги подлежит списанию с банковской карты Застрахованного лица, указанной им при регистрации, через Сервис или мобильное приложение и не оплачивается им в медицинских и иных организациях.

6.2.3. Порядок оплаты франшизы, установленной Договором в отношении медицинской организации:

6.2.3.1. Страховщик осуществляет оплату полной стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, включая сумму франшизы, медицинской организации;

6.2.3.2. Застрахованное лицо в течение 10 (десяти) календарных дней после получения счета в личном кабинете компенсирует сумму оплаченной франшизы Страховщику.

6.2.4. В случае нарушения Застрахованным лицом условий по оплате франшизы условия Договора для такого Застрахованного лица изменяются на следующий день после совершения нарушения: из Списка медицинских и иных организаций исключаются все медицинские организации и виды помощи, для которых предусмотрена франшиза. Организация и оплата медицинских и иных услуг в данных организациях не осуществляется Страховщиком.

При неоплате франшиз Застрахованными лицами в течение 3 (трех) месяцев Страхователь обязан компенсировать указанную задолженность на основании выставленного счета.

6.2.5. Если Застрахованное лицо в полном объеме устранило нарушения, предусмотренные п. 6.2.4. Договора, Список медицинских и иных организаций, а также видов помощи, применяется в том виде, в котором он подлежал применению до возникновения нарушений.

6.2.6. Изменение Списка медицинских и иных организаций на основании п. 6.2.4., 6.2.5. Договора производится без заключения дополнительных письменных соглашений.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор прекращается в случаях:

7.1.1. истечения срока его действия;

7.1.2. неуплаты Страхователем первого (очередного) страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором сроки или уплаты взноса в меньшем размере. В случае прекращения действия Договора по этой причине Страховщик уведомляет Страхователя и медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по Договору.

Дата досрочного прекращения Договора определяется, исходя из оплаченного периода действия Договора, рассчитанного пропорционально уплаченной части страховой премии:

- если оплаченный период действия Договора равен или превышает срок, прошедший с даты вступления договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, то при просрочке его уплаты Договор прекращается с 00 часов дня, следующего за последним днем оплаченного периода;

- если оплаченный период действия Договора не превышает срок, прошедший с даты вступления Договора в силу до даты, до которой должен был быть уплачен очередной страховой взнос, либо если не был оплачен первый страховой взнос, то датой досрочного прекращения Договора будет являться дата, указанная в уведомлении о прекращении Договора, или дата вручения такого уведомления Страхователю при доставке нарочно.

Досрочное прекращение действия Договора по причине неуплаты очередного страхового взноса не освобождает Страхователя от обязанности уплатить страховую премию за период, в течение которого действовало страхование;

7.1.3. смерти Застрахованного лица: Договор в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица с момента его смерти, и Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за не истекший срок действия Договора, уплаченной за данное Застрахованное лицо;

7.1.4. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме;

7.1.5. по соглашению сторон: Договор может быть прекращен, в том числе может быть прекращено страхование в отношении отдельных Застрахованных лиц. Порядок взаиморасчетов сторон по данным основаниям указан в п. 7.2.1. Договора;

7.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации. В данном случае порядок взаиморасчетов Сторон определяется законодательством Российской Федерации.

7.2. Порядок взаиморасчетов Сторон при изменении численности Застрахованных лиц по Договору и досрочном прекращении действия Договора по соглашению сторон:

7.2.1. при досрочном прекращении действия Договора по соглашению Сторон, в том числе при прекращении страхования в отношении части Застрахованных лиц, расчет суммы, подлежащей возврату Страхователю, производится, исходя из фактически поступившей по Договору суммы страховых взносов за Застрахованных лиц, в отношении которых прекращается страхование, за вычетом приходящейся на указанных Застрахованных лиц части страховой премии, рассчитанной пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за вычетом расходов на ведение дел Страховщика (РВД) в размере % от части страховой премии за период между датой прекращения Договора и датой окончания оплаченного периода действия Договора. Если высвободившаяся страховая премия не возвращается Страхователю в рамках действия Договора, она учитывается в дальнейших взаиморасчетах без удержания РВД;

7.2.2. при досрочном прекращении действия Договора в отношении части Застрахованных лиц в случаях, предусмотренных п. 4.3.4. Договора, страховая премия не возвращается;

7.2.3. в случае увеличения численности Застрахованных лиц по Договору Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию за каждое новое Застрахованное лицо в размере, пропорциональном не истекшему сроку действия Договора.

При возникновении у Страхователя необходимости увеличения численности Застрахованных лиц за 2 и менее месяцев до окончания срока действия Договора в отношении каждого нового Застрахованного лица уплачивается страховой взнос в размере 2/12 от годовой страховой премии на одно Застрахованное лицо;

7.2.4. все расчеты производятся пропорционально дням действия Договора.

7.3. Порядок взаимоотношений сторон при изменении Договора в части изменения численности Застрахованных лиц и досрочном прекращении действия Договора:

7.3.1. при прекращении страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц Страхователь направляет Страховщику список Застрахованных лиц, в отношении которых прекращается страхование, по установленной Страховщиком форме с указанием даты прекращения страхования, рассчитанной с учетом положений п. 7.3.3. Договора;

7.3.2. при включении в Договор новых Застрахованных лиц Страхователь направляет Страховщику список Застрахованных лиц, включаемых в Договор, по установленной Страховщиком форме с указанием даты начала действия страхования в отношении этих лиц, рассчитанной с учетом положений п. 7.3.3. Договора;

7.3.3. при получении от Страхователя списков на изменение численности Застрахованных лиц Страховщик осуществляет изменения в списках Застрахованных лиц в течение 5 рабочих дней со дня получения списков;

7.3.4. при прекращении действия Договора в отношении всех Застрахованных лиц Страхователь направляет Страховщику по факсимильной или электронной связи, с последующей отправкой оригинала документа по почте, письменное заявление о прекращении действия Договора с

указанием даты прекращения действия Договора;

7.3.5. в случае прекращения действия Договора, в том числе при прекращении страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц, Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по Договору всем или конкретному Застрахованному лицу.

7.4. Все изменения и дополнения к Договору оформляются в соответствии с российским законодательством и действительны лишь в том случае, если они выполнены в письменной форме. Стороны признают юридическую силу дополнительных соглашений и счетов, подписанных со стороны Страховщика факсимильной подписью.

7.5. Внесение изменений, связанных с переменной фамилии, имени, отчества, адреса проживания, домашнего и служебного телефонов Застрахованных лиц, производится на основании уведомления от Страхователя, направленного в электронной форме, в том числе через Сервис, и не требует оформления дополнительного соглашения, подписанного каждой из Сторон.

При этом Страховщик уведомляет Страхователя по электронной связи о получении данного уведомления.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Отношения Сторон, не предусмотренные Договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

8.2. Споры, возникающие между Страхователем и Страховщиком по Договору, решаются путем переговоров и/или переписки. Срок для урегулирования спора путем переговоров и/или переписки составляет 15 (пятнадцать) рабочих дней.

8.3. При не достижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.4. Неисполнение или ненадлежащее исполнение Сторонами принятых на себя обязательств по Договору влечет за собой ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ (при страховании членов семьи в рамках Договора)

9.1. Страхователь вправе заявить на страхование по Договору членов семьи Застрахованного лица (детей, супруга/супругу) в течение 60 дней с даты начала действия Договора в отношении сотрудника (Застрахованного лица) в том же порядке, что предусмотрен Договором для принятия на страхование Застрахованных лиц.

За каждого принятого на страхования члена семьи Застрахованного лица производится оплата в соответствии с условиями Договора.

9.2. При прекращении страхования в отношении члена семьи Застрахованного лица Страхователь не вправе заявлять на страхование другого члена семьи Застрахованного лица, кроме случаев, когда основанием для прекращения страхования члена семьи стала его смерть или расторжение брака с Застрахованным лицом.

9.3. При прекращении страхования в отношении Застрахованного лица страхование в отношении членов его семьи также прекращается.

9.4. По Договору не принимаются на страхование члены семьи Застрахованного лица, если до окончания срока его действия осталось менее 90 дней.

9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

9.1. Заключая Договор, Страхователь несет ответственность за предоставление Страховщику согласия Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных в целях исполнения Договора, в том числе персональных данных специальной категории: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, должность, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях за медицинской помощью, об оказанных медицинских и иных услугах, другие данные, указанные в Договоре, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным. Страхователь обязуется предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц по форме

Приложения № 4 к Договору, в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика.

9.2. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие Договора в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем в отношении всех Застрахованных лиц Договор прекращается полностью. При этом действие Договора (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

9.3. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от Договора, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие Договора, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

10. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

10.1. Стороны не несут ответственность в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы (в том числе землетрясений, наводнений, ураганов), а также аварий, забастовок на предприятиях Сторон, издания компетентными государственными органами актов, ограничивающих или делающих невозможным надлежащее исполнение Сторонами условий Договора.

10.2. В случае наступления обстоятельств непреодолимой силы срок исполнения Сторонами своих обязательств по Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого будут действовать такие обстоятельства. Сторона, подвергнувшаяся обстоятельствам непреодолимой силы, обязана в течение 3 (трех) календарных дней с даты наступления указанных обстоятельств письменно известить об этом другую Сторону с приложением соответствующих доказательств.

10.3. В случае, если вышеуказанные обстоятельства будут продолжаться более 20 (двадцати) календарных дней, любая из Сторон Договора может расторгнуть Договор в одностороннем порядке.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Все изменения и дополнения к Договору составляются в письменной форме, подписываются Сторонами и скрепляются печатями Сторон. Каждая из Сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку Списка Застрахованных лиц (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.

11.2. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с Договором или в связи с его исполнением, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они направлены заказным письмом или доставлены нарочно под расписку по нижеуказанным адресам местонахождения Сторон или направлены Страхователем через Сервис.

11.3. В соответствии с ч. 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации Стороны признают подлинными аналоги собственноручной подписи и печати, проставляемых в Договоре и дополнительных соглашениях к нему.

11.4. Стороны обязуются в течение 3 (трех) рабочих дней уведомлять друг друга об изменении своего местонахождения и банковских реквизитов.

11.5. Стороны признают юридическую силу документов, направленных по электронной почте, при условии получения подлинных экземпляров указанных документов.

11.6. Документы, направляемые в соответствии с Договором или в связи с ним, являются направленными надлежащим образом, если они составлены на бумажном носителе, скрепленном оттисками печатей и подписями уполномоченных лиц Сторон, либо отправлены посредством системы юридически значимого обмена электронными документами с применением усиленной квалифицированной электронной подписи (включая систему «Диадок», далее – система ЭДО). Стороны признают, что документы, переданные/полученные посредством системы ЭДО, юридически эквивалентны документам, оформленным на бумажном носителе, и порождают аналогичные им права и обязанности Сторон в рамках Договора.

11.7. Стороны установили, что от лица Страховщика при организации услуг Застрахованным лицам, обслуживании Застрахованных лиц через Сервис, приеме запросов Страхователя через Сервис действует ООО «Бестдоктор» (121205, г. Москва, Территория Сколково Инновационного центра, ул. Нобеля, д.7, эт. 2, пом. 8 рм 3, ИНН 7106021081).

11.8. Страхователь подтверждает, что ознакомлен с условиями лицензионного соглашения, определяющего порядок использования Застрахованными лицами Сервиса. Текст лицензионного соглашения находится по адресу: <https://bestdoctor.ru/legal>.

11.9. Страхователь также подтверждает, что он не возражает против того, что в Сервисе Застрахованному лицу могут предлагаться продукты ООО «Бестдоктор» или его партнеров, непокрытые Программой (далее – продукты), но которыми Застрахованное лицо может воспользоваться за свой счет. Данное условие Договора не преследует цели прямо или косвенно навязать Застрахованному лицу продукты, а направлено на информирование Застрахованного лица о возможности и условиях приобретения продуктов за свой счет и в своем интересе.

11.10. Настоящим Страхователь предоставляет Страховщику в лице ООО «Бестдоктор» право использования наименования Страхователя, размещения логотипа Страхователя в рекламных и маркетинговых целях, в т.ч. на сайте Страховщика в лице ООО «Бестдоктор». Указанное право предоставляется на весь срок действия Договора.

11.11. Договор составлен в 3 (трех) экземплярах и заключен при посредничестве и непосредственном участии агента ООО «Бестдоктор», действующего на основании агентского договора № _____ от _____ со Страховщиком.

12. ПРИЛОЖЕНИЯ

- Приложение № 1. Программа добровольного медицинского страхования.
- Приложение № 2. Список медицинских и иных организаций.
- Приложение № 3. Список Застрахованных лиц.
- Приложение № 4. Формы согласий Застрахованного лица на обработку персональных данных и на обработку сведений, составляющих врачебную тайну.
- Приложение № 5. Список лиц, имеющих доступ в личный кабинет Страхователя.
- Приложение № 6. Правила добровольного медицинского страхования № 26.

13. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Страховщик:

Место нахождения: _____
ОГРН: _____
Телефон: _____, факс _____
Банковские реквизиты:
ИНН _____ / КПП _____
Р/с _____
в АКБ _____
к/с _____
БИК _____

Страхователь:

Юридический адрес: _____
Фактический адрес: _____
ОГРН: _____
Телефон: _____, факс _____
Банковские реквизиты:
ИНН _____ / КПП _____
Р/с _____
в АКБ _____
к/с _____
БИК _____

От имени Страховщика:

_____/_____/_____
_____/_____/_____

М.П.

От имени Страхователя:

_____/_____/_____
_____/_____/_____

М.П.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящая программа (далее – Программа) включает в себя медицинские услуги, предоставляемые Страховщиком, в объеме диагностики и лечения заболеваний, травм и иных медицинских состояний, предусмотренных Международной статистической классификацией болезней, действующей на территории Российской Федерации, кроме услуг и заболеваний, перечисленных в Исключениях из Программы.

По настоящей программе медицинские услуги предоставляются при возникновении в период действия Договора страхового случая. Страховым случаем является обращение Застрахованного в связи с развитием следующих состояний: острого заболевания (состояния), обострения хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.

При организации услуг по госпитализации, дневному стационару и медицинских услуг, требующих, согласно Программе, обязательного согласования со Страховщиком, право выбора медицинской организации принадлежит Страховщику.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. Регистрация в Сервисе «BestDoctor»:

Для получения медицинских услуг в рамках настоящей программы Застрахованное лицо обязано пройти регистрацию в Сервисе, расположенном по адресу [www. bestdoctor.ru](http://www.bestdoctor.ru) в сети Интернет или через мобильное приложение для IOS или Android.

После регистрации Застрахованное лицо получает доступ в Личный кабинет, в котором может знакомиться с программой страхования, с перечнем медицинских организаций, оказывающих услуги, осуществлять запись на получение медицинских услуг. Прикрепление к медицинскому учреждению обеспечивается в срок до 5 рабочих дней с момента регистрации в Сервисе.

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

2.1.1. Приемы врачей:

– первичные и повторные приемы врачей-специалистов: терапевта (врач семейной медицины, врач общей практики), инфекциониста, гастроэнтеролога, кардиолога, невролога, офтальмолога, хирурга (все специальности), травматолога-ортопеда, гинеколога, уролога, колопроктолога, отоларинголога, гематолога (до постановки диагноза), пульмонолога, эндокринолога, дерматовенеролога, аллерголога-иммунолога, физиотерапевта, врача ЛФК, иглорефлексотерапевта, мануального терапевта, маммолога, ревматолога, нефролога, онколога (до постановки диагноза), фтизиатра (до постановки диагноза), а также консультации психиатра/психотерапевта, сурдолога и миколога – однократно, по согласованию со Страховщиком;

– проведение консилиумов и врачебных комиссий, а также консультации врачей, имеющих звание, кандидата и доктора медицинской наук (в том числе профессора, академика) предоставляются по согласованию со Страховщиком.

2.1.2. Оформление медицинской документации:

- экспертиза временной нетрудоспособности, выдача медицинских справок (справка по болезни, справка в бассейн, справка на ношение оружия, справка для получения водительского удостоверения (кроме психиатра и нарколога), справка для участия в спортивных мероприятиях;
- оформление рецептов (за исключением льготных).

2.1.3. Лабораторная диагностика, выполняемая по медицинским показаниям:

- общие (клинические) анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, бактериологические исследования, микроскопические исследования, паразитологические исследования; коагулограмма, гистологические, цитологические исследования, серологические исследования, ПЦР-диагностика (кроме молекулярно-генетических исследований), в том числе с целью первичной диагностики инфекций, передающихся преимущественно половым путем с контролем лечения, гормональные исследования;
- диагностика аллергических заболеваний: кожные скарификационные аллергологические пробы с использованием стандартных панелей (в объеме первичной диагностики), исследование уровня общего сывороточного иммуноглобулина Е в крови; определение уровня специфических иммуноглобулинов Е в крови (в объеме первичной диагностики по согласованию со Страховщиком);
- исследования уровня онкомаркеров - по согласованию со Страховщиком по медицинским показаниям;
- по согласованию со Страховщиком: исследования иммунологического статуса (гуморальный, клеточный иммунитет, ЦИК и система комплемента) без определения чувствительности к препаратам;
- диагностика гепатитов, в том числе гепатитов В и С, диагностика ВИЧ;
- диагностика аутоиммунных заболеваний (кроме молекулярно-генетического метода)
- по согласованию со Страховщиком по медицинским показаниям;
- диагностика ЗППП;
- предоперационная подготовка, при условии наличия в Программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация».

2.1.4. Инструментальные исследования, выполняемые по медицинским показаниям:

- функциональная диагностика: электрокардиография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, в т.ч. с медикаментозными пробами, суточное мониторирование ЭКГ и АД, нагрузочные пробы (стресс-тесты);
- ультразвуковые исследования;
- рентгенологические исследования в т.ч. рентгенография в нескольких проекциях (в зависимости от медицинских показаний), маммография, денситометрия;
- по согласованию со Страховщиком: компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), в том числе исследования с использованием контрастных веществ;
- эндоскопические исследования: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия и другие эндоскопические исследования, выполняемые под местной анестезией в амбулаторных условиях;
- медикаментозная седация при выполнении эндоскопических вмешательств (по согласованию со Страховщиком и при условии наличия в программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»);
- радиоизотопные исследования - сцинтиграфия (однократно за период страхования по согласованию со Страховщиком);
- диагностика беременности (включая осмотр акушером-гинекологом, анализ на В-ХГЧ, УЗИ органов малого таза);
- по согласованию со Страховщиком однократно за обслуживания: позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ);

- коронарография (при условии наличия в программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»).

2.1.5. Лечебные процедуры и манипуляции:

- внутривенные инъекции и инфузии, внутримышечные и подкожные инъекции;
- перевязки и хирургическая обработка ран;
- лечебные и диагностические манипуляции и процедуры, включая проводимые под местной анестезией: амбулаторные операции, биопсии, лечебно-диагностические пункции, в том числе с использованием

электро-, крио-, термо-, лазероаппаратуры, использование радиоволнового скальпеля (только в гинекологии) по согласованию;

- все виды блокад, внутрисуставные инъекции - с целью купирования острого состояния;

- проведение оториноларингологических, офтальмологических, урологических и гинекологических манипуляций не более 3-х сеансов по каждому случаю, включая промывания пазух носа (до 5 процедур) при рентгенологически подтвержденном синусите;

- по согласованию со Страховщиком: удаление и введение с лечебной целью ВМС;

- по согласованию со Страховщиком: комплексное консервативное лечение хронического субкомпенсированного тонзиллита с применением ручных или аппаратных методов («Тонзилор» и подобных), назначенное лечащим врачом-специалистом одного из базовых ЛПУ программы с в объеме до 5-ти лечебных процедур за период прикрепления после перенесенных в течение действия Договора обострений хронического тонзиллита;

- вакцинация против гриппа, экстренная серопротекция столбняка при травмах, антирабическая вакцинация при наличии медицинских показаний. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма (антибиотикотерапия) – по согласованию со Страховщиком;

- ведение сахарного диабета 2 типа в амбулаторных условиях (за исключением осложнений);

- ведение нормально протекающей беременности до 8 недель (включая осмотр акушером-гинекологом, анализ на В-ХГЧ, УЗИ органов малого таза).

2.1.6. Методы реабилитационно-восстановительного лечения в поликлинике:

- физиотерапевтическое лечение: ингаляционная терапия, светолечение, теплотечение, лазеротерапия (кроме внутривенной), электротерапия (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диадинамические токи и пр.), ультразвуковая терапия, магнитотерапия, сочетанная;

- по согласованию по медицинским показаниям и направлению врача-специалиста: классический лечебный массаж, лечебная физкультура (групповые занятия), мануальная терапия и классическая корпоральная иглорефлексотерапия - не более 1 курса (10 сеансов) по каждому виду лечебного воздействия и по каждому страховому случаю, ударно-волновая терапия до 5 сеансов в течение периода обслуживания.

2.2. Стоматологическая помощь:

- первичный и повторные приемы врача-стоматолога терапевта, врача-стоматолога хирурга с заполнением зубной формулы, медицинской документации, и составлением плана лечения, консультация стоматолога-пародонтолога, консультация стоматолога-ортопеда и стоматолога ортодонта – однократно по согласованию со Страховщиком;

- рентгенодиагностика: прицельная радиовизиография, панорамная рентгенография зубов (ортопантомография) при необходимости лечения не менее 3х зубов;

- анестезия аппликационная и внутривидовая (инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная, внутрипульпарная);

- терапевтическая стоматология, включая: лечение кариеса и осложненного кариеса в стадии обострения (пульпита, периодонтита) на зубах, коронковая часть которых разрушена до 50 % на момент первичного осмотра, включая: удаление пломб по медицинским показаниям в лечебных целях; препарирование и обработка кариозных полостей; механическая,

медикаментозная обработка каналов, временное пломбирование каналов по медицинским показаниям; пломбирование каналов пастами, гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации и термофилами; восстановление коронковой части зуба при условии ее разрушения менее чем на ½ с применением современных материалов светового отверждения и с использованием анкерных и стекловолоконных штифтов и сэндвич-техники;

- лечение не кариозных поражений твердых тканей зубов – клиновидных дефектов при наличии болевого синдрома;

- хирургическая стоматология в объеме лечения заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, травматических повреждений челюстно-лицевой области, простое и сложное удаление зубов, в том числе ретинированных и дистопированных, закрытый кюретаж;

- купирование острых проявлений воспалительного процесса под ортопедическими конструкциями, в том числе с удалением ортопедических конструкций при наличии медицинских показаний;

- физиотерапевтические услуги при осложненном кариесе, при осложнениях после удаления зуба: электролечение, в том числе депофорез, лазеротерапия – не более 10 сеансов за период действия Договора;

- по согласованию со Страховщиком: комплексная профессиональная гигиена (включая удаление зубных отложений ультразвуковыми методами, AirFlow и покрытие зубов фторлаком) однократно за период страхования;

- по согласованию со Страховщиком: купирование острого состояния при заболеваниях пародонта не более 1-3 сеансов при локализованных формах (1-3 зубов): вскрытие пародонтальных абсцессов, медикаментозная обработка пародонтальных карманов, наложение лечебной пародонтальной повязки, аппликация лекарственного препарата;

- по согласованию со Страховщиком: ортопедическая подготовка к протезированию и протезирование зубов, если потребность в этом возникла в результате произошедшей в период действия Договора травмы челюстно-лицевой области (протезирование без имплантации и применения драгметаллов, титана, металлокерамики).

Круглосуточная экстренная стоматологическая (хирургическая и терапевтическая) помощь в следующем объеме (при возможности оказания услуги в регионе): удаление зубов; первичная хирургическая обработка травматических повреждений челюстно-лицевой области; оперативное пособие при острых воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области и полости рта; рентгенологические исследования; оказание неотложной помощи при острой зубной боли при лечении осложненного кариеса (пульпита, периодонтита) в объеме распломбировки и обработки корневых каналов, наложения девитализирующих препаратов, постановки временной пломбы; местная анестезия.

2.3. Вызов врача на дом (в пределах МКАД/ в пределах 30 км от МКАД/ в пределах КАД/ в пределах административных границ города):

- приемы врачом-терапевтом (врачом семейной медицины, врачом общей практики) на дому, Застрахованным, которые по характеру заболевания не могут самостоятельно посетить медицинскую организацию и нуждаются в постельном режиме, в том числе повторные приемы при сохранении показаний к домашнему режиму. Ведение больничного листа на дому, оформление рецептов (кроме льготных);

- по согласованию со Страховщиком: однократный прием узких специалистов (невролог, ЛОР, травматолог) по медицинским показаниям.

- забор материала для проведения лабораторных исследований, назначаемых лечащим врачом при остром инфекционном заболевании по эпидемиологическим показаниям (забор материала для анализов на дифтерию и диз. группу, ОАК).

2.4. Скорая и неотложная медицинская помощь (в пределах МКАД/ в пределах 30 км от МКАД/ в пределах КАД/ в пределах административных границ города):

- выезд бригады скорой медицинской помощи на дом или по месту работы;
- купирование экстренных и неотложных состояний с выполнением необходимых лечебных и диагностических мероприятий;
- транспортировка машиной бригады скорой медицинской помощи по экстренным показаниям до медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь и госпитализацию в профильное отделение медицинской организации, предусмотренной Договором. Если отсутствует возможность госпитализации в медицинскую организацию, указанную в Договоре, Застрахованный направляется в любую медицинскую организацию, способную оказать необходимую экстренную и неотложную медицинскую помощь, с последующим переводом в медицинскую организацию, соответствующую условиям Договора; оформление установленной медицинской документации;
- в исключительных случаях, по жизненным показаниям, медицинская помощь может быть оказана бригадой государственной (муниципальной) скорой медицинской помощи («03»).

2.5. Экстренная помощь на территории РФ:

Организация предусмотренной Программой медицинской помощи в экстренной форме (амбулаторно-поликлинической, стоматологической, специализированной помощи в стационарных условиях), на территории РФ при нахождении в отпусках и командировках.

2.6. Лечение в условиях дневного стационара (при условии наличия в программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»):

Нахождение пациента в условиях дневного стационара, выполнение предусмотренных настоящей Программой страхования для амбулаторного лечения диагностических вмешательств, проведение курсов парентерального введения лекарственных средств, проведение предусмотренных Программой курсов физиотерапии, классического лечебного массажа, мануальной терапии, классической корпоральной иглорефлексотерапии, лечебной физкультуры (групповые занятия), проведение оперативных вмешательств в соответствии с положениями Программы.

2.7. Экстренная и плановая стационарная помощь:

Экстренная стационарная помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного.

Застрахованный направляется бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию из числа указанных в Договоре, которая при наличии мест может обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, экстренная госпитализация может проводиться в ближайшую государственную (муниципальную) медицинскую организацию, способную оказать соответствующую медицинскую помощь с дальнейшим переводом, при отсутствии медицинских противопоказаний, в медицинскую организацию, предусмотренную Программой.

Плановая госпитализация осуществляется при состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного, угрозу его жизни и здоровью. Плановая госпитализация осуществляется по согласованию со Страховщиком на основании направления на плановую госпитализацию от лечащего врача и при наличии амбулаторной карты (или выписки из амбулаторной карты), содержащей все необходимые результаты проведенного догоспитального обследования.

Программа включает:

Пребывание, лечебное питание, комплексное клиническое обследование и консервативное лечение в специализированном отделении по профилю заболевания с размещением в 2-3 местных палатах (при отсутствии на момент госпитализации свободной палаты соответствующего уровня размещение осуществляется в любую палату, с последующим переводом в палату, соответствующую условиям Договора); размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных мероприятий, анестезиологических пособий, в том числе общей анестезии;

Выполнение оперативных вмешательств (в том числе лапароскопических).

Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 20 дней до окончания периода страхования.

Все услуги при госпитализации оказываются по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.8. Предоставление информационного сопровождения с использованием телефонной связи путем устных медицинских консультаций и по вопросам здоровья и организации медицинской помощи:

Информационно-консультативные услуги круглосуточного медицинского пульта в объеме:

- предоставление справочной информации: сообщение сведений о месте нахождения медицинской организации и об услугах, оказываемых медицинской организацией, о лицензии, о наличии оборудования, о выполняемых медицинских обследованиях, о наличии врачей узких специальностей, о расписании работы врачей медицинской организации;

- запись на прием к специалисту;

- подбор медицинских организаций, оказывающих требуемые медицинские услуги, с проведением анализа по числу обращений, ценовой политике, претензий и жалоб на качество обслуживания, при наличии такой информации;

- предоставление необходимых контактных телефонов регистратуры, справочных медицинских организаций (как поликлиник, так и стационаров);

Информационно-консультативная круглосуточная поддержка Врача:

- предварительная оценка состояния Застрахованного по имеющимся жалобам;

- предоставление сведений о специальностях врачей, к которым необходимо обратиться в первую очередь;

- предоставление информации о необходимых действиях для проведения диагностики, консервативного и оперативного лечения, реабилитации: предоставление сведений о медицинских организациях, способных оказать необходимую медицинскую помощь, предоставление информации о необходимых действиях, направленных на получение требуемой медицинской помощи, в том числе сообщение сведений о необходимых документах, способах их получения;

- консультативная помощь о порядке оформления и предоставления медицинской документации, в том числе выписных, этапных эпикризов, медицинских справок, справок в бассейн и т.п.

- предоставление информации о назначенных лекарственных препаратах, лекарственном взаимодействии между назначенными препаратами, о показаниях и противопоказаниях к их применению, о наличии аналогов.

- маршрутизация действий при необходимости неотложной помощи и/или экстренной госпитализации: предоставление информации о необходимых действиях, направленных на получение требуемой медицинской помощи по выявленному заболеванию, предоставление информации о ближайших медицинских организациях, способных оказать необходимую медицинскую помощь.

- маршрутизация действий при необходимости плановой госпитализации – предоставление информации о ближайших стационарах, оказывающих необходимую помощь, подбор медицинской организации на основании анализа по числу обращений, ценовой политике, претензий и жалоб на качество обслуживания в выбранных ЛПУ, при наличии такой

информации; координация действий для осуществления госпитализации, курация в стационаре (при необходимости с выездом в ЛПУ).

РАЗДЕЛ 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Услуги, оказанные по поводу перечисленных заболеваний, не подлежат оплате с момента постановки диагноза:

- злокачественные новообразования всех систем и органов и новообразования центральной нервной системы;
- психические расстройства и расстройства поведения, в том числе алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, включая связанные с ними, а также употребление алкоголя, наркотических и других опьяняющих веществ заболевания и травмы; последствия умышленного причинения Застрахованным себе вреда, включая попытку самоубийства;
- наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена веществ; аномалии развития, врожденные пороки;
- эпилепсия, эпилептиформные синдромы, другие эпизодические и пароксизмальные расстройства нервной системы (кроме транзиторных ишемических атак), демиелинизирующие, дегенеративные и атрофические заболевания нервной системы, экстрапирамидные и другие двигательные нарушения, гидроцефалия, болезни нервно-мышечного синапса и мышц, рассеянный склероз;
- ВИЧ-инфекция и СПИД, венерические «классические» заболевания (сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая), остроконечные кондиломы и т.п.); врожденные и приобретенные иммунодефициты;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ, их осложнения, сахарный диабет 1 и 2 типа (кроме предусмотренных объемом Программы случаев);
- системные поражения соединительной ткани, васкулиты, болезнь Бехтерева, а также все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, ревматизм, ревматические болезни, аутоиммунные заболевания (кроме аутоиммунного тиреоидита);
- хронические и острые гепатиты, в том числе вирусные гепатиты и их осложнения (кроме гепатита А), цирроз, фиброз печени;
- хориоретинальные дистрофии, глаукома вне обострения;
- туберкулез, саркоидоз, псориаз, алопеция, угревая сыпь, себорея, ксероз, ихтиоз, генерализованные и глубокие микозы, онихомикозы;
- заболевания, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью;
- острая и хроническая лучевая болезнь; профессиональные заболевания; орфанные заболевания;
- беременность и роды, связанные с ними состояния, в том числе, осложненное течение беременности, осложнения родов;
- заболевания, состояния, связанные с добровольным отказом Застрахованного от выполнения предписаний врача;
- заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования;
- ронхопатия (храп) и апноэ во сне;
- деформирующие дорсопатии (кроме обострения остеохондроза), вальгусная или варусная деформация конечностей, все формы плоскостопия (в том числе с болевым синдромом); первичный генерализованный остеоартроз;
- особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки и другие;
- профессиональных заболеваний;
- заболевания, травмы, увечья, полученные в результате террористических актов, противоправных деяний самого Застрахованного, участия в несанкционированных митингах,

демонстрациях, беспорядках или военных действиях, во время стихийных бедствий, при обращении с оружием, в том числе нелегальным.

3.2. Не оплачиваются следующие медицинские услуги по поводу:

- острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, состояний, травм, ожогов и отравлений, возникших до начала и после окончания периода страхования;
- не предусмотренных Договором, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;
- проводимых без медицинских показаний; не предусмотренных действующими нормативными документами МЗ РФ;
- по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованного;
- любых медицинских и иных услуг, оказываемых в оздоровительных, профилактических и косметических целях (за исключением предусмотренных объемом программы);
- по психотерапии и компьютерной психодиагностике;
- в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;
- лабораторные исследования: аппетита и жирового обмена; инкреторной функции желудочно-кишечного тракта; гормональной регуляции эритропоэза; генетической предрасположенности и наследственных заболеваний; спермы; молекулярногенетические, цитогенетические; определение биологического родства; лекарственный мониторинг и выявление наркотических и психотропных средств, теста «Гемокод» и аналогичных гематологических тестов; исследование биоценоза урогенитального тракта (фемофлор);
- КТ-колонография, КТ-энтерография, видеокапсула;
- лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими, ортодонтическими конструкциями (кроме случаев, предусмотренных настоящей Программой), условное лечение зубов (лечение без гарантии); восстановление коронок зубов, разрушенных на ½ и более; общая анестезия (наркоз) в стоматологии; перелечивание зубов, замена пломб и пломбирование зубов без медицинских показаний; трехмерная obturation каналов, вертикальная конденсация, использование термопластических композитов; ретроградное пломбирование корневых каналов, закрытие перфораций, в том числе с использованием Pro Root, глубокое фторирование, удаление пигментированного налета, отбеливание зубов; плановая санация полости рта; художественная реставрация, установка виниров, ламинатов, использование интраоральной видеокамеры, стоматологического микроскопа, лазерных стоматологических установок; одновременное использование нескольких способов механической, медикаментозной и химической обработки корневых каналов; хирургическое лечение по поводу заболеваний пародонта, в том числе открытый кюретаж зубо-десневых карманов; удаление зубов по ортопедическим и ортодонтическим показаниям; стоматологическая имплантация; подготовка к протезированию зубов и протезирование зубов (кроме случаев, предусмотренных пунктом 2.2 настоящей Программы), исправление дефектов прикуса; использование коффердама, оптидама, оптрагейта и т.п.
- по диагностике и лечению с использованием авторских методов; лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;
- методы традиционной медицины: традиционная диагностика (акупунктурная, аурикулодиагностика, термopунктурная, иридодиагностика, энергоинформационная и др.), традиционная терапия (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия и лечение другими средствами природного происхождения; гомеопатия; биорезонансная терапия, энергоинформатика; традиционные системы оздоровления и др.);
- по проведению гидроколонотерапии и мониторной очистке кишечника; бальнеолечение, водолечение и грязелечение, иммерсионной терапии, механотерапии, тренажеры, вытяжение позвоночника, аппаратного массажа, лимфодренажа, ЛОД-терапии,

курсового лечения хронических заболеваний с использованием аппаратно-программных комплексов (например, «Ярило», «Андро-Гин», «Мультимаг», "Магнитотурботрон" и прочие аналогичные), кинезотерапии, кинезиотейпирование, ЛФК в бассейне и пр., солярий;

- экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации; внутривенное и накожное облучение крови; озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул; по проведению гипо-, нормо- и гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

- диагностические и лечебные мероприятия (в т.ч. процедуры, пластические операции), проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; хирургическое изменение пола; склеротерапия вен любыми методами;

- услуги по планированию семьи, в том числе медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности; процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие, включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозной и хирургической контрацепции (стерилизацию), по диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, болезни Пейрони, всех видов сексуальных расстройств;

- введение и удаление ВМС за исключением проведения по медицинским показаниям и/или предусмотренных программой;

- по родовспоможению; по послеродовым состояниям и/или заболеваниям и их осложнениям;

- по диагностике и лечению болезней придатков кожи, в том числе заболеваний волос, мозолей, бородавок, папиллом, кондилом, контагиозных моллюсков, невусов, гиперкератозов, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

- аллерген-специфическая иммунотерапия (СИТ);

- вакцинация, иммунопрофилактика сверх программы;

- по диагностике и лечению заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекции веса;

- оформление и выдача справок сверх программы, льготных рецептов;

- по проведению подготовки к плановому стационарному лечению если Программой не предусмотрена «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»;

- по проведению лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, проводимых с применением стационарзамещающих технологий («стационар одного дня», «дневной стационар»), если Программой не предусмотрена «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация».

3.3. Не подлежат оплате:

- плановое хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (стентирование, баллонная ангиопластика); плановое хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (абляция, установка искусственных водителей ритма);

- плановое нейрохирургическое лечение;

- эндоваскулярные и радиочастотные методы воздействия;

- хирургическое лечение миопии, гиперметропии, амблиопии, астигматизма, косоглазия, катаракты (за исключением случаев, прямо предусмотренных Программой), в т.ч. с использованием лазера; интравитреальное введение препаратов; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

- трансплантация (имплантация) органов и тканей; слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и/или методом кохлеарной имплантации; ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие);
- расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях и т.п., корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходы на их подгонку;
- кардиостимуляторы, стенты, кардиовертеры-дефибрилляторы, а также расходные материалы, в т.ч. для проведения ангиографии, ангиопластики и стентирования (сверх программы); трансплантаты;
- искусственные хрусталики, имплантаты, протезы и эндопротезы, металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, иммобилизационные системы и т.п.;
- реабилитация в любых медицинских учреждениях (за исключением случаев, прямо предусмотренных Программой); пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала; предоставление в стационаре индивидуального поста медицинского персонала.

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. К обслуживанию не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансерах, а также в центрах профилактики и борьбы со СПИДом или имеющие инвалидность I – II групп;

4.2. Если в течение срока обслуживания будет установлено, что Застрахованный состоит на диспансерном учете, или имеет заболевание из числа указанных в Разделе 3 настоящей Программы, или имеет I - II группу инвалидности, а также при первичном выявлении указанных заболеваний или установлении Застрахованному I – II группы инвалидности Договор в отношении него может быть расторгнут;

4.3. Не подлежат оплате услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока обслуживания, кроме услуг по программам «Экстренная стационарная помощь», «Экстренная стационарная помощь на территории РФ», связанные с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия Договора до момента его выписки из стационара.

4.4. В случае необоснованного вызова скорой медицинской помощи или врача на дом (ложный вызов, вызов к лицу, не подключенному к программе обслуживания, отсутствие на месте вызова, вызов к лицу в состоянии алкогольного или наркотического опьянения), Застрахованный обязан возместить понесенные расходы.

4.5. Оказание медицинских услуг и лечение отдельных заболеваний может быть исключено или дополнительно включено в комплексную программу на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

4.6. Застрахованный обязан:

- соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской или иной организацией, условия Программы;
- не передавать другим лицам информацию о доступе в Сервис с целью получения ими медицинских и иных услуг в рамках Программ страхования;
- при обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность.

Приложение № 2
к Договору добровольного медицинского страхования
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Перечень медицинских учреждений

№	Вариант	Название ЛПУ	Организационно-правовая форма ЛПУ	Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	Основной государственный регистрационный номер (ОГРН)	Место государственной регистрации (местонахождение)	Адрес ЛПУ	Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности	Виды помощи
---	---------	--------------	-----------------------------------	---	---	---	-----------	--	-------------

ПОДПИСИ СТОРОН

От имени Страховщика

_____/_____

От имени Страхователя

_____/_____

Приложение № 3
к Договору добровольного медицинского страхования
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

СПИСОК ЛИЦ, ВКЛЮЧЕННЫЙ В СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	ФИО Латиницей	Домашний адрес	Телефон	Дата рождения	Пол	Паспортные данные	СНИЛС	Место работы	Город	Должность	Вариант	Адрес электронной почты	Дата прикрепления

ПОДПИСИ СТОРОН

От имени Страховщика

_____ / _____

От имени Страхователя

_____ / _____

Приложение № 4
к Договору добровольного медицинского страхования
№ _____ от «__» _____ 20__ г.

**Согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных
Страховщиком и партнерами Страховщика в целях заключения и реализации
Договора добровольного медицинского страхования**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»
Я, _____

(ФИО полностью)

Паспорт _____, выданный _____
(серия, номер) (кем и когда)

Проживающий по адресу: _____

Дата рождения: _____, контактный телефон: _____
(число/месяц/год)

настоящим

1. Подтверждаю свое согласие Страховщику АО «СК «Югория-Жизнь», Москва, ул. Береговой проезд, д.5а, корпус 1, офис 20/1/1, БЦ «Фили-Град» (далее - Страховщик) на обработку своих персональных данных, в том числе, на трансграничную передачу данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, сведения о документе, удостоверяющем личность, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах.
2. Даю согласие на обработку сведений о состоянии своего здоровья.
3. Даю согласие на передачу персональных данных нижеуказанным контрагентам Страховщика:
 - ООО "5-55 Управление Ит-Сервисами", 115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 19, этаж 1 ком. 41х1д/офис 66в (облачное хранилище Страховщика),
 - ООО "Флекс", 125493, г. Москва, Авангардная улица, дом 3, помещение II, комната 4 (резервное облачное хранилище Страховщика),
 - ООО «ОСГ РЕКОРДЗ МЕНЕДЖМЕНТ ЦЕНТР» (127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 14, стр. 1) (электронных архив Страховщика),
 - ООО «Бестдоктор» (121205, город Москва, территория Сколково инновационного центра, улица Нобеля, дом 7, эт. 2, пом. 8) (организация оказания медицинских услуг клиентам (застрахованным) Страховщика).

Согласие на обработку предоставлено в целях заключения и исполнения Договора добровольного медицинского страхования (далее – Договор ДМС) а также в целях соблюдения требований законодательства Российской Федерации.

Под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, любым не запрещенным законодательством Российской Федерации способом, передачу партнерам (медицинским и иным организациям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг при исполнении Договора ДМС и указанным в Договоре ДМС, в компанию ООО «Бестдоктор» (121205, г. Москва, Территория Сколково Инновационного центра, ул. Нобеля, д.7, эт. 2, пом. 8 рм 3, ИНН 7106021081) с целью организации обслуживания по Договору ДМС).

В целях реализации Договора ДМС Страховщик вправе раскрывать Страхователю информацию исключительно о количестве моих обращений в медицинские и иные организации, а также о стоимости оказанных мне услуг без их детализации.

Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора ДМС и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

Я понимаю и согласен с тем, что при передаче моих персональных данных Страховщику, работники медицинских и иных организаций освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком. При этом передача моих персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено Страховщику заказным письмом с уведомлением о вручении либо передано под расписку представителю Страховщика. В случае получения от Страхователя такого письменного заявления Страховщик расторгает Договор ДМС в отношении меня как Застрахованного лица с дальнейшим прекращением медицинского обслуживания.

Данное согласие передано мной в момент подписания Договора ДМС.

Подпись _____ / _____ /
расшифровка

ПОДПИСИ СТОРОН:

От имени Страховщика:

От имени Страхователя:

_____ / _____ / _____ / _____ /

**Согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных и сведений,
составляющих врачебную тайну в целях заключения и реализации
Договора добровольного медицинского страхования**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(ФИО полностью)

Паспорт _____, выданный _____
(серия, номер) (кем и когда)

Проживающий по адресу: _____

Дата рождения: _____, контактный телефон: _____
(число/месяц/год)

в целях заключения и исполнения Договора ДМС, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в медико-профилактических целях даю согласие на обработку сведений, составляющих врачебную тайну, а именно: данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, фамилии, имени, отчестве, дате рождения, паспортные данные, контактный телефон, место проживания, адрес электронной почты.

Согласие на обработку сведений, составляющих врачебную тайну, предоставляется:

- ООО «Бестдоктор» (далее – Оператор, ИНН/КПП 7106021081 / 773101001, ОГРН 1157154006767, 121205, город Москва, территория Сколково инновационного центра, улица Нобеля, дом 7, эт. 2, пом. 8, рм. 3, почтовый адрес: 109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 3, телефон +7 (499) 709-98-17);

- АО «СК «Югория-Жизнь» (далее – Страховщик, ИНН/КПП: 8601027509 / 773001001, ОГРН: 1068601000335, 121552, 121087, г. Москва, ул. Береговой проезд, д.5а, корпус 1, офис 20/1/1, БЦ «Фили-Град», телефон: _____).

Обработка сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется с целью организации оказания медицинских услуг по Договору ДМС.

В процессе организации оказания медицинских услуг я предоставляю право работникам Оператора и Страховщика передавать мои сведения, составляющие врачебную тайну, организациям и лицам, участвующим в оказании медицинских услуг, в интересах моего обследования и лечения, в _____ том _____ числе лицу (организации и/или моим законным представителям), оплачивающему медицинские услуги. Я согласен(-на), что в целях реализации Договора ДМС Страховщик вправе раскрывать Страхователю информацию исключительно о количестве моих обращений в медицинские и иные организации, а также о стоимости оказанных мне услуг без их детализации.

Я предоставляю Оператору и Страховщику право осуществлять все действия (операции) с моими сведениями, составляющими врачебную тайну (включая сбор, запись, систематизацию, накопление,

хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение).

Оператор и Страховщик вправе обрабатывать мои сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор и Страховщик имеют право на передачу моих сведений, составляющих врачебную тайну, иным третьим лицам, с которыми у Оператора и Страховщика заключены соответствующие договоры, с использованием машинных носителей или по каналам связи, в том числе с использованием сети Интернет, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора ДМС и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

Я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено Оператору и/или Страховщику заказным письмом с уведомлением о вручении либо передано под расписку представителю Оператора и/или Страховщика. В случае получения такого письменного заявления Страховщик расторгает Договор ДМС в отношении меня как Застрахованного лица с дальнейшим прекращением медицинского обслуживания.

Я согласен(-на), что на основании моего письменного обращения с требованием о прекращении обработки сведений, составляющих врачебную тайну, Оператор и/или Страховщик прекратят обработку таких сведений в течение 30 (тридцати) календарных дней, о чем мне будет направлено уведомление по электронной почте в течение 10 (десяти) рабочих дней.

Я согласен(-на) с тем, что по моему письменному требованию уведомление об уничтожении сведений, составляющих врачебную тайну, будет вручаться мне (моему представителю) по месту нахождения Оператора и/или Страховщика.

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», права и обязанности в области защиты персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, мне разъяснены.

Подпись _____ / _____ /
расшифровка

ПОДПИСИ СТОРОН:

От имени Страховщика:

От имени Страхователя:

_____ / _____ /

_____ / _____ /

Приложение № 5
к Договору добровольного медицинского страхования
№ _____ от «__» ____ 20__ г.

Список лиц, имеющих доступ в личный кабинет Страхователя

ФИО	Должность	Адрес электронной почты

ПОДПИСИ СТОРОН:

От имени Страховщика:

От имени Страхователя:



**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«Страховая компания «ЮГОРИЯ-ЖИЗНЬ»**

**Анкета (досье) клиента и выгодоприобретателя,
являющихся юридическими лицами**

☐ Клиент ☐ Представитель клиента	☐ Выгодоприобретатель
Наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (полное и (или) сокращенное) (при наличии)	
Организационно-правовая форма	
Идентификационный номер налогоплательщика - для резидента, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, присвоенный до 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, либо идентификационный номер налогоплательщика, присвоенный после 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, - для нерезидента	
Сведения о государственной регистрации: - основной государственный регистрационный номер - для резидента; - номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента; - место государственной регистрации (местонахождение)	
Адрес юридического лица	
Дополнительные сведения (документы), получаемые в целях идентификации клиентов – юридических лиц	
Сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица (при наличии))	
Номера телефонов и факсов (при наличии)	
Иная контактная информация (при наличии)	
Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях)	
Сведения (документы) о финансовом положении (сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в Организацию) (Да/Нет)	

Сведения о деловой репутации - отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о клиенте других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; (Да/Нет) - отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых клиент находится (находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации клиента) (Да/Нет) В случае отсутствия возможности получения сведений в виде документов, перечисленных выше: - сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в Организацию (Да/Нет)	
Сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента	
Код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии)	
Сведения об имеющихся лицензиях на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности	
Доменное имя, указатель страницы сайта в сети «Интернет», с использованием которых юридическим лицом оказываются услуги (при наличии)	
Банковский идентификационный код – для кредитных организаций-резидентов	
Сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя клиента: Фамилия, имя и отчество (при наличии) или Полное наименование юридического лица Наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя клиента	
Информация и (или) сведения о бенефициарном владельце¹ (бенефициарных владельцах), представленные клиентом (представителем клиента): Фамилия, имя и отчество (при наличии)	

Должность

(подпись)

расшифровка подписи

М.П.

¹ **Бенефициарный владелец** - физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 процентов в капитале) клиентом - юридическим лицом либо имеет возможность контролировать действия клиента. Бенефициарным владельцем клиента - физического лица считается это лицо, за исключением случаев, если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является иное физическое лицо.



**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«Страховая компания «ЮГОРИЯ-ЖИЗНЬ»**

**Анкета (досье) клиента – физического лица,
представителя клиента, выгодоприобретателя – физического лица
и бенефициарного владельца**

☐ Клиент	☐ Представитель клиента
☐ Выгодоприобретатель	☐ Бенефициарный владелец
Фамилия, имя и отчество (при наличии последнего)	
Дата и место рождения	
Гражданство	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (если имеется) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии)	
Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации.	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации.	
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания	
Идентификационный номер налогоплательщика (при наличии)	
Номера телефонов и факсов (при наличии)	
Информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии)	
Иная контактная информация (при наличии)	
Является / Не является лицом, указанным в пп. 1 п. 1 ст.7.3. Федерального закона 115-ФЗ (публичным должностным лицом ²)	☐ Да, являюсь ПДЛ ☐ Нет, не являюсь ПДЛ

² Публичные должностные лица – иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации,

Заполняется при наличии отметки «Да, являюсь ПДЛ»	
Должность клиента, указанного в пп. 1 п. 1 ст. 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹ , наименование и адрес его работодателя	
Степень родства либо статус (супруг или супруга) клиента по отношению к лицу, указанному в пп. 1 п. 1 ст. 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹ .	☐ Да, являюсь родственником ПДЛ ☐ Нет, не являюсь родственником ПДЛ Степень родства либо статус клиента _____
Заполняется при наличии отметки «Да, являюсь ПДЛ» / «Да, являюсь родственником ПДЛ»	
Источники происхождения денежных средств или иного имущества, в случаях, предусмотренных пп. 3 п. 1 и п. 3 ст. 7.3. Федерального закона 115-ФЗ ¹	
Сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с Организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности	
Сведения о финансовом положении	
Сведения о деловой репутации	
Сведения, подтверждающие наличие у лица полномочий представителя клиента:	
Фамилия, имя и отчество (при наличии) или Полное наименование юридического лица Реквизиты документа, подтверждающего полномочия Наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия представителя клиента	
Информация и (или) сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах), представленные клиентом (представителем клиента): Фамилия, имя и отчество (при наличии)	

подпись

расшифровка подписи

дата

Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского страхования № 26

СПИСОК ЛИЦ, ВКЛЮЧЕННЫЙ В СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	ФИО Латиницей	Домашний адрес	Телефон	Дата рождения	Пол	Паспортные данные	СНИЛС	Место работы	Город	Должность	Вариант	Адрес электронной почты	Дата прикрепления

ПОДПИСИ СТОРОН

От имени Страховщика

_____ / _____

От имени Страхователя

_____ / _____

Приложение № 4
к Правилам добровольного медицинского страхования № 26

**Согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных
Страховщиком и партнерами Страховщика в целях заключения и реализации
Договора добровольного медицинского страхования**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»
Я, _____

(ФИО полностью)

Паспорт _____, выданный _____
(серия, номер) (кем и когда)

Проживающий по адресу: _____

Дата рождения: _____, контактный телефон: _____
(число/месяц/год)

настоящим

1. Подтверждаю свое согласие Страховщику АО «СК «Югория-Жизнь», Москва, ул. Береговой проезд, д.5а, корпус 1, офис 20/1/1, БЦ «Фили-Град» (далее - Страховщик) на обработку своих персональных данных, в том числе, на трансграничную передачу данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, сведения о документе, удостоверяющем личность, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах.

2. Даю согласие на обработку сведений о состоянии своего здоровья.

3. Даю согласие на передачу персональных данных нижеуказанным контрагентам Страховщика:
- ООО "5-55 Управление Ит-Сервисами", 115280, г. Москва, ул. Ленинская Слобода, д. 19, этаж 1 ком. 41х1д/офис 6бв (облачное хранилище Страховщика),
- ООО "Флекс", 125493, г. Москва, Авангардная улица, дом 3, помещение II, комната 4 (резервное облачное хранилище Страховщика),
- ООО «ОСГ РЕКОРДЗ МЕНЕДЖМЕНТ ЦЕНТР» (127083, г. Москва, ул. 8 Марта, д. 14, стр. 1) (электронных архив Страховщика),
- ООО «Бестдоктор» (121205, город Москва, территория Сколково инновационного центра, улица Нобеля, дом 7, эт. 2, пом. 8) (организация оказания медицинских услуг клиентам (застрахованным) Страховщика).

Согласие на обработку предоставлено в целях заключения и исполнения Договора добровольного медицинского страхования (далее – Договор ДМС) а также в целях соблюдения требований законодательства Российской Федерации.

Под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, любым не запрещенным законодательством Российской Федерации способом, передачу партнерам (медицинским и иным организациям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг при исполнении Договора ДМС и указанным в Договоре ДМС, в компанию ООО «Бестдоктор» (121205, г. Москва, Территория Сколково Инновационного центра, ул. Нобеля, д.7, эт. 2, пом. 8 рм 3, ИНН 7106021081) с целью организации обслуживания по Договору ДМС).

В целях реализации Договора ДМС Страховщик вправе раскрывать Страхователю информацию исключительно о количестве моих обращений в медицинские и иные организации, а также о стоимости оказанных мне услуг без их детализации.

Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора ДМС и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

Я понимаю и согласен с тем, что при передаче моих персональных данных Страховщику, работники медицинских и иных организаций освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком. При этом передача моих персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено Страховщику заказным письмом с уведомлением о вручении либо передано под расписку представителю Страховщика. В случае получения от Страхователя такого письменного заявления Страховщик расторгает Договор ДМС в отношении меня как Застрахованного лица с дальнейшим прекращением медицинского обслуживания.

Данное согласие передано мной в момент подписания Договора ДМС.

Подпись _____ / _____ /
расшифровка

ПОДПИСИ СТОРОН:

От имени Страховщика:

От имени Страхователя:

_____ / _____ / _____ / _____ /

**Согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных и сведений,
составляющих врачебную тайну в целях заключения и реализации
Договора добровольного медицинского страхования**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(ФИО полностью)

Паспорт _____, выданный _____
(серия, номер) (кем и когда)

Проживающий по адресу: _____

Дата рождения: _____, контактный телефон: _____
(число/месяц/год)

в целях заключения и исполнения Договора ДМС, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в медико-профилактических целях даю согласие на обработку сведений, составляющих врачебную тайну, а именно: данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, фамилии, имени, отчестве, дате рождения, паспортные данные, контактный телефон, место проживания, адрес электронной почты.

Согласие на обработку сведений, составляющих врачебную тайну, предоставляется:

- ООО «Бестдоктор» (далее – Оператор, ИНН/КПП 7106021081 / 773101001, ОГРН 1157154006767, 121205, город Москва, территория Сколково инновационного центра, улица Нобеля, дом 7, эт. 2, пом. 8, рм. 3, почтовый адрес: 109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 3, стр. 3, телефон +7 (499) 709-98-17);

- АО «СК «Югория-Жизнь» (далее – Страховщик, ИНН/КПП: 8601027509 / 773001001, ОГРН: 1068601000335, 121552, 121087, г. Москва, ул. Береговой проезд, д.5а, корпус 1, офис 20/1/1, БЦ «Фили-Град», телефон: _____).

Обработка сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется с целью организации оказания медицинских услуг по Договору ДМС.

В процессе организации оказания медицинских услуг я предоставляю право работникам Оператора и Страховщика передавать мои сведения, составляющие врачебную тайну, организациям и лицам, участвующим в оказании медицинских услуг, в интересах моего обследования и лечения, в _____ том _____ числе лицу (организации и/или моим законным представителям), оплачивающему медицинские услуги. Я согласен(-на), что в целях реализации Договора ДМС Страховщик вправе раскрывать Страхователю информацию исключительно о количестве моих обращений в медицинские и иные организации, а также о стоимости оказанных мне услуг без их детализации.

Я предоставляю Оператору и Страховщику право осуществлять все действия (операции) с моими сведениями, составляющими врачебную тайну (включая сбор, запись, систематизацию, накопление,

хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение).

Оператор и Страховщик вправе обрабатывать мои сведения, составляющие врачебную тайну, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор и Страховщик имеют право на передачу моих сведений, составляющих врачебную тайну, иным третьим лицам, с которыми у Оператора и Страховщика заключены соответствующие договоры, с использованием машинных носителей или по каналам связи, в том числе с использованием сети Интернет, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора ДМС и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

Я вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено Оператору и/или Страховщику заказным письмом с уведомлением о вручении либо передано под расписку представителю Оператора и/или Страховщика. В случае получения такого письменного заявления Страховщик расторгает Договор ДМС в отношении меня как Застрахованного лица с дальнейшим прекращением медицинского обслуживания.

Я согласен(-на), что на основании моего письменного обращения с требованием о прекращении обработки сведений, составляющих врачебную тайну, Оператор и/или Страховщик прекратят обработку таких сведений в течение 30 (тридцати) календарных дней, о чем мне будет направлено уведомление по электронной почте в течение 10 (десяти) рабочих дней.

Я согласен(-на) с тем, что по моему письменному требованию уведомление об уничтожении сведений, составляющих врачебную тайну, будет вручаться мне (моему представителю) по месту нахождения Оператора и/или Страховщика.

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», права и обязанности в области защиты персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, мне разъяснены.

Подпись _____ / _____ /
расшифровка

ПОДПИСИ СТОРОН:

От имени Страховщика:

От имени Страхователя:

_____ / _____ /

_____ / _____ /

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящая программа (далее – Программа) включает в себя медицинские услуги, предоставляемые Страховщиком, в объеме диагностики и лечения заболеваний, травм и иных медицинских состояний, предусмотренных Международной статистической классификацией болезней, действующей на территории Российской Федерации, кроме услуг и заболеваний, перечисленных в Исключениях из Программы.

По настоящей программе медицинские услуги предоставляются при возникновении в период действия Договора страхового случая. Страховым случаем является обращение Застрахованного в связи с развитием следующих состояний: острого заболевания (состояния), обострения хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.

При организации услуг по госпитализации, дневному стационару и медицинских услуг, требующих, согласно Программе, обязательного согласования со Страховщиком, право выбора медицинской организации принадлежит Страховщику.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. Регистрация в Сервисе «BestDoctor»:

Для получения медицинских услуг в рамках настоящей программы Застрахованное лицо обязано пройти регистрацию в Сервисе, расположенном по адресу www.bestdoctor.ru в сети Интернет или через мобильное приложение для IOS или Android.

После регистрации Застрахованное лицо получает доступ в Личный кабинет, в котором может знакомиться с программой страхования, с перечнем медицинских организаций, оказывающих услуги, осуществлять запись на получение медицинских услуг. Прикрепление к медицинскому учреждению обеспечивается в срок до 5 рабочих дней с момента регистрации в Сервисе.

РАЗДЕЛ 2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

2.1.1. Приемы врачей:

– первичные и повторные приемы врачей-специалистов: терапевта (врач семейной медицины, врач общей практики), инфекциониста, гастроэнтеролога, кардиолога, невролога, офтальмолога, хирурга (все специальности), травматолога-ортопеда, гинеколога, уролога, колопроктолога, отоларинголога, гематолога (до постановки диагноза), пульмонолога, эндокринолога, дерматовенеролога, аллерголога-иммунолога, физиотерапевта, врача ЛФК, иглорефлексотерапевта, мануального терапевта, маммолога, ревматолога, нефролога, онколога (до постановки диагноза), фтизиатра (до постановки диагноза), а также консультации психиатра/психотерапевта, сурдолога и миколога – однократно, по согласованию со Страховщиком;

– проведение консилиумов и врачебных комиссий, а также консультации врачей, имеющих звание, кандидата и доктора медицинской наук (в том числе профессора, академика) предоставляются по согласованию со Страховщиком.

2.1.2. Оформление медицинской документации:

– экспертиза временной нетрудоспособности, выдача медицинских справок (справка по болезни, справка в бассейн, справка на ношение оружия, справка для получения водительского удостоверения (кроме психиатра и нарколога), справка для участия в спортивных мероприятиях;

– оформление рецептов (за исключением льготных).

2.1.3. Лабораторная диагностика, выполняемая по медицинским показаниям:

– общие (клинические) анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, бактериологические исследования, микроскопические исследования, паразитологические исследования; коагулограмма, гистологические, цитологические исследования, серологические исследования, ПЦР-диагностика (кроме молекулярно-генетических исследований), в том числе с целью первичной диагностики инфекций, передающихся преимущественно половым путем с контролем лечения, гормональные исследования;

– диагностика аллергических заболеваний: кожные скарификационные аллергологические пробы с использованием стандартных панелей (в объеме первичной диагностики), исследование уровня общего сыровоточного иммуноглобулина Е в крови; определение уровня специфических иммуноглобулинов Е в крови (в объеме первичной диагностики по согласованию со Страховщиком);

– исследования уровня онкомаркеров - по согласованию со Страховщиком по медицинским показаниям;

– по согласованию со Страховщиком: исследования иммунологического статуса (гуморальный, клеточный иммунитет, ЦИК и система комплемента) без определения чувствительности к препаратам;

– диагностика гепатитов, в том числе гепатитов В и С, диагностика ВИЧ;

– диагностика аутоиммунных заболеваний (кроме молекулярно-генетического метода) – по согласованию со Страховщиком по медицинским показаниям;

– диагностика ЗППП;

– предоперационная подготовка, при условии наличия в Программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация».

2.1.4. Инструментальные исследования, выполняемые по медицинским показаниям:

– функциональная диагностика: электрокардиография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, в т.ч. с медикаментозными пробами, суточное мониторирование ЭКГ и АД, нагрузочные пробы (стресс-тесты);

– ультразвуковые исследования;

– рентгенологические исследования в т.ч. рентгенография в нескольких проекциях (в зависимости от медицинских показаний), маммография, денситометрия;

– по согласованию со Страховщиком: компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), в том числе исследования с использованием контрастных веществ;

– эндоскопические исследования: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия и другие эндоскопические исследования, выполняемые под местной анестезией в амбулаторных условиях;

– медикаментозная седация при выполнении эндоскопических вмешательств (по согласованию со Страховщиком и при условии наличия в программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»);

– радиоизотопные исследования - сцинтиграфия (однократно за период страхования по согласованию со Страховщиком);

– диагностика беременности (включая осмотр акушером-гинекологом, анализ на В-ХГЧ, УЗИ органов малого таза);

– по согласованию со Страховщиком однократно за обслуживания: позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ);

– коронарография (при условии наличия в программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»).

2.1.5. Лечебные процедуры и манипуляции:

– внутривенные инъекции и инфузии, внутримышечные и подкожные инъекции;

– перевязки и хирургическая обработка ран;

– лечебные и диагностические манипуляции и процедуры, включая проводимые под местной анестезией: амбулаторные операции, биопсии, лечебно-диагностические пункции, в том числе с использованием

электро-, крио, термо-, лазероаппаратуры, использование радиоволнового скальпеля (только в гинекологии) по согласованию;

- все виды блокад, внутрисуставные инъекции - с целью купирования острого состояния;
- проведение оториноларингологических, офтальмологических, урологических и гинекологических манипуляций не более 3-х сеансов по каждому случаю, включая промывания пазух носа (до 5 процедур) при рентгенологически подтвержденном синусите;
- по согласованию со Страховщиком: удаление и введение с лечебной целью ВМС;
- по согласованию со Страховщиком: комплексное консервативное лечение хронического субкомпенсированного тонзиллита с применением ручных или аппаратных методов («Тонзилор» и подобных), назначенное лечащим врачом-специалистом одного из базовых ЛПУ программы с в объеме до 5-ти лечебных процедур за период прикрепления после перенесенных в течение действия Договора обострений хронического тонзиллита;
- вакцинация против гриппа, экстренная серопротекция столбняка при травмах, антирабическая вакцинация при наличии медицинских показаний. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма (антибиотикотерапия) – по согласованию со Страховщиком;
- ведение сахарного диабета 2 типа в амбулаторных условиях (за исключением осложнений);
- ведение нормально протекающей беременности до 8 недель (включая осмотр акушером-гинекологом, анализ на В-ХГЧ, УЗИ органов малого таза).

2.1.6. Методы реабилитационно-восстановительного лечения в поликлинике:

- физиотерапевтическое лечение: ингаляционная терапия, светолечение, теплотечение, лазеротерапия (кроме внутривенной), электротерапия (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диадинамические токи и пр.), ультразвуковая терапия, магнитотерапия, сочетанная;
- по согласованию по медицинским показаниям и направлению врача-специалиста: классический лечебный массаж, лечебная физкультура (групповые занятия), мануальная терапия и классическая корпоральная иглорефлексотерапия - не более 1 курса (10 сеансов) по каждому виду лечебного воздействия и по каждому страховому случаю, ударно-волновая терапия до 5 сеансов в течение периода обслуживания.

2.2. Стоматологическая помощь:

- первичный и повторные приемы врача-стоматолога терапевта, врача-стоматолога хирурга с заполнением зубной формулы, медицинской документации, и составлением плана лечения, консультация стоматолога-пародонтолога, консультация стоматолога-ортопеда и стоматолога ортодонта – однократно по согласованию со Страховщиком;
- рентгенодиагностика: прицельная радиовизиография, панорамная рентгенография зубов (ортопантомография) при необходимости лечения не менее 3х зубов;
- анестезия аппликационная и внутривидовая (инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная, внутрипульпарная);
- терапевтическая стоматология, включая: лечение кариеса и осложненного кариеса в стадии обострения (пульпита, периодонтита) на зубах, коронковая часть которых разрушена до 50 % на момент первичного осмотра, включая: удаление пломб по медицинским показаниям в лечебных целях; препарирование и обработка кариозных полостей; механическая, медикаментозная обработка каналов, временное пломбирование каналов по медицинским показаниям; пломбирование каналов пастами, гуттаперчевыми штифтами методом латеральной конденсации и термофилами; восстановление коронковой части зуба при условии ее разрушения менее чем на 1/2 с применением современных материалов светового отверждения и с использованием анкерных и стекловолоконных штифтов и сэндвич-техники;
- лечение не кариозных поражений твердых тканей зубов – клиновидных дефектов при наличии болевого синдрома;

- хирургическая стоматология в объеме лечения заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, травматических повреждений челюстно-лицевой области, простое и сложное удаление зубов, в том числе ретинированных и дистопированных, закрытый кюретаж;
- купирование острых проявлений воспалительного процесса под ортопедическими конструкциями, в том числе с удалением ортопедических конструкций при наличии медицинских показаний;
- физиотерапевтические услуги при осложненном кариесе, при осложнениях после удаления зуба: электролечение, в том числе депофорез, лазеротерапия – не более 10 сеансов за период действия Договора;
- по согласованию со Страховщиком: комплексная профессиональная гигиена (включая удаление зубных отложений ультразвуковыми методами, AirFlow и покрытие зубов фторлаком) однократно за период страхования;
- по согласованию со Страховщиком: купирование острого состояния при заболеваниях пародонта не более 1-3 сеансов при локализованных формах (1-3 зубов): вскрытие пародонтальных абсцессов, медикаментозная обработка пародонтальных карманов, наложение лечебной пародонтальной повязки, аппликация лекарственного препарата;
- по согласованию со Страховщиком: ортопедическая подготовка к протезированию и протезирование зубов, если потребность в этом возникла в результате произошедшей в период действия Договора травмы челюстно-лицевой области (протезирование без имплантации и применения драгметаллов, титана, металлокерамики).

Круглосуточная экстренная стоматологическая (хирургическая и терапевтическая) помощь в следующем объеме (при возможности оказания услуги в регионе): удаление зубов; первичная хирургическая обработка травматических повреждений челюстно-лицевой области; оперативное пособие при острых воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области и полости рта; рентгенологические исследования; оказание неотложной помощи при острой зубной боли при лечении осложненного кариеса (пульпита, периодонтита) в объеме распломбировки и обработки корневых каналов, наложения девитализирующих препаратов, постановки временной пломбы; местная анестезия.

2.3. Вызов врача на дом (в пределах МКАД/ в пределах 30 км от МКАД/ в пределах КАД/ в пределах административных границ города):

- приемы врачом-терапевтом (врачом семейной медицины, врачом общей практики) на дому, Застрахованным, которые по характеру заболевания не могут самостоятельно посетить медицинскую организацию и нуждаются в постельном режиме, в том числе повторные приемы при сохранении показаний к домашнему режиму. Ведение больничного листа на дому, оформление рецептов (кроме льготных);
- по согласованию со Страховщиком: однократный прием узких специалистов (невролог, ЛОР, травматолог) по медицинским показаниям.
- забор материала для проведения лабораторных исследований, назначаемых лечащим врачом при остром инфекционном заболевании по эпидемиологическим показаниям (забор материала для анализов на дифтерию и диз. группу, ОАК).

2.4. Скорая и неотложная медицинская помощь (в пределах МКАД/ в пределах 30 км от МКАД/ в пределах КАД/ в пределах административных границ города):

- выезд бригады скорой медицинской помощи на дом или по месту работы;
- купирование экстренных и неотложных состояний с выполнением необходимых лечебных и диагностических мероприятий;
- транспортировка машиной бригады скорой медицинской помощи по экстренным показаниям до медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь и госпитализацию в профильное отделение медицинской организации, предусмотренной

Договором. Если отсутствует возможность госпитализации в медицинскую организацию, указанную в Договоре, Застрахованный направляется в любую медицинскую организацию, способную оказать необходимую экстренную и неотложную медицинскую помощь, с последующим переводом в медицинскую организацию, соответствующую условиям Договора; оформление установленной медицинской документации;

– в исключительных случаях, по жизненным показаниям, медицинская помощь может быть оказана бригадой государственной (муниципальной) скорой медицинской помощи («03»).

2.5. Экстренная помощь на территории РФ:

Организация предусмотренной Программой медицинской помощи в экстренной форме (амбулаторно-поликлинической, стоматологической, специализированной помощи в стационарных условиях), на территории РФ при нахождении в отпусках и командировках.

2.6. Лечение в условиях дневного стационара (при условии наличия в программе «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»):

Нахождение пациента в условиях дневного стационара, выполнение предусмотренных настоящей Программой страхования для амбулаторного лечения диагностических вмешательств, проведение курсов парентерального введения лекарственных средств, проведение предусмотренных Программой курсов физиотерапии, классического лечебного массажа, мануальной терапии, классической корпоральной иглорефлексотерапии, лечебной физкультуры (групповые занятия), проведение оперативных вмешательств в соответствии с положениями Программы.

2.7. Экстренная и плановая стационарная помощь:

Экстренная стационарная помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни Застрахованного.

Застрахованный направляется бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию из числа указанных в Договоре, которая при наличии мест может обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, экстренная госпитализация может проводиться в ближайшую государственную (муниципальную) медицинскую организацию, способную оказать соответствующую медицинскую помощь с дальнейшим переводом, при отсутствии медицинских противопоказаний, в медицинскую организацию, предусмотренную Программой.

Плановая госпитализация осуществляется при состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного, угрозу его жизни и здоровью. Плановая госпитализация осуществляется по согласованию со Страховщиком на основании направления на плановую госпитализацию от лечащего врача и при наличии амбулаторной карты (или выписки из амбулаторной карты), содержащей все необходимые результаты проведенного догоспитального обследования.

Программа включает:

Пребывание, лечебное питание, комплексное клиническое обследование и консервативное лечение в специализированном отделении по профилю заболевания с размещением в 2-3 местных палатах (при отсутствии на момент госпитализации свободной палаты соответствующего уровня размещение осуществляется в любую палату, с последующим переводом в палату, соответствующую условиям Договора); размещение и лечение в отделении интенсивной терапии,

проведение реанимационных мероприятий, анестезиологических пособий, в том числе общей анестезии;

Выполнение оперативных вмешательств (в том числе лапароскопических).

Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 20 дней до окончания периода страхования.

Все услуги при госпитализации оказываются по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.8. Предоставление информационного сопровождения с использованием телефонной связи путем устных медицинских консультаций и по вопросам здоровья и организации медицинской помощи:

Информационно-консультативные услуги круглосуточного медицинского пульта в объеме:

- предоставление справочной информации: сообщение сведений о месте нахождения медицинской организации и об услугах, оказываемых медицинской организацией, о лицензии, о наличии оборудования, о выполняемых медицинских обследованиях, о наличии врачей узких специальностей, о расписании работы врачей медицинской организации;

- запись на прием к специалисту;

- подбор медицинских организаций, оказывающих требуемые медицинские услуги, с проведением анализа по числу обращений, ценовой политике, претензий и жалоб на качество обслуживания, при наличии такой информации;

- предоставление необходимых контактных телефонов регистратуры, справочных медицинских организаций (как поликлиник, так и стационаров);

Информационно-консультативная круглосуточная поддержка Врача:

- предварительная оценка состояния Застрахованного по имеющимся жалобам;

- предоставление сведений о специальностях врачей, к которым необходимо обратиться в первую очередь;

- предоставление информации о необходимых действиях для проведения диагностики, консервативного и оперативного лечения, реабилитации: предоставление сведений о медицинских организациях, способных оказать необходимую медицинскую помощь, предоставление информации о необходимых действиях, направленных на получение требуемой медицинской помощи, в том числе сообщение сведений о необходимых документах, способах их получения;

- консультативная помощь о порядке оформления и предоставления медицинской документации, в том числе выписных, этапных эпикризов, медицинских справок, справок в бассейн и т.п.

- предоставление информации о назначенных лекарственных препаратах, лекарственном взаимодействии между назначенными препаратами, о показаниях и противопоказаниях к их применению, о наличии аналогов.

- маршрутизация действий при необходимости неотложной помощи и/или экстренной госпитализации: предоставление информации о необходимых действиях, направленных на получение требуемой медицинской помощи по выявленному заболеванию, предоставление информации о ближайших медицинских организациях, способных оказать необходимую медицинскую помощь.

- маршрутизация действий при необходимости плановой госпитализации – предоставление информации о ближайших стационарах, оказывающих необходимую помощь, подбор медицинской организации на основании анализа по числу обращений, ценовой политике, претензий и жалоб на качество обслуживания в выбранных ЛПУ, при наличии такой информации; координация действий для осуществления госпитализации, курация в стационаре (при необходимости с выездом в ЛПУ).

РАЗДЕЛ 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Услуги, оказанные по поводу перечисленных заболеваний, не подлежат оплате с момента постановки диагноза:

- злокачественные новообразования всех систем и органов и новообразования центральной нервной системы;
- психические расстройства и расстройства поведения, в том числе алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, включая связанные с ними, а также употребление алкоголя, наркотических и других опьяняющих веществ заболевания и травмы; последствия умышленного причинения Застрахованным себе вреда, включая попытку самоубийства;
- наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена веществ; аномалии развития, врожденные пороки;
- эпилепсия, эпилептиформные синдромы, другие эпизодические и пароксизмальные расстройства нервной системы (кроме транзиторных ишемических атак), демиелинизирующие, дегенеративные и атрофические заболевания нервной системы, экстрапирамидные и другие двигательные нарушения, гидроцефалия, болезни нервно-мышечного синапса и мышц, рассеянный склероз;
- ВИЧ-инфекция и СПИД, венерические «классические» заболевания (сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая), остроконечные кондиломы и т.п.); врожденные и приобретенные иммунодефициты;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ, их осложнения, сахарный диабет 1 и 2 типа (кроме предусмотренных объемом Программы случаев);
- системные поражения соединительной ткани, васкулиты, болезнь Бехтерева, а также все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, ревматизм, ревматические болезни, аутоиммунные заболевания (кроме аутоиммунного тиреоидита);
- хронические и острые гепатиты, в том числе вирусные гепатиты и их осложнения (кроме гепатита А), цирроз, фиброз печени;
- хориоретинальные дистрофии, глаукома вне обострения;
- туберкулез, саркоидоз, псориаз, алопеция, угревая сыпь, себорея, ксероз, ихтиоз, генерализованные и глубокие микозы, онихомикозы;
- заболевания, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью;
- острая и хроническая лучевая болезнь; профессиональные заболевания; орфанные заболевания;
- беременность и роды, связанные с ними состояния, в том числе, осложненное течение беременности, осложнения родов;
- заболевания, состояния, связанные с добровольным отказом Застрахованного от выполнения предписаний врача;
- заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования;
- ронхопатия (храп) и апноэ во сне;
- деформирующие дорсопатии (кроме обострения остеохондроза), вальгусная или варусная деформация конечностей, все формы плоскостопия (в том числе с болевым синдромом); первичный генерализованный остеоартроз;
- особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки и другие;
- профессиональных заболеваний;
- заболевания, травмы, увечья, полученные в результате террористических актов, противоправных деяний самого Застрахованного, участия в несанкционированных митингах, демонстрациях, беспорядках или военных действиях, во время стихийных бедствий, при обращении с оружием, в том числе нелегальным.

3.2. Не оплачиваются следующие медицинские услуги по поводу:

- острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, состояний, травм, ожогов и отравлений, возникших до начала и после окончания периода страхования;
- не предусмотренных Договором, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;
- проводимых без медицинских показаний; не предусмотренных действующими нормативными документами МЗ РФ;
- по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованного;
- любых медицинских и иных услуг, оказываемых в оздоровительных, профилактических и косметических целях (за исключением предусмотренных объемом программы);
- по психотерапии и компьютерной психодиагностике;
- в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;
- лабораторные исследования: аппетита и жирового обмена; инкреторной функции желудочно-кишечного тракта; гормональной регуляции эритропоэза; генетической предрасположенности и наследственных заболеваний; спермы; молекулярногенетические, цитогенетические; определение биологического родства; лекарственный мониторинг и выявление наркотических и психотропных средств, теста «Гемокод» и аналогичных гематологических тестов; исследование биоценоза урогенитального тракта (фемофлор);
- КТ-колонография, КТ-энтерография, видеокапсула;
- лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими, ортодонтическими конструкциями (кроме случаев, предусмотренных настоящей Программой), условное лечение зубов (лечение без гарантии); восстановление коронок зубов, разрушенных на ½ и более; общая анестезия (наркоз) в стоматологии; перелечивание зубов, замена пломб и пломбирование зубов без медицинских показаний; трехмерная obturation каналов, вертикальная конденсация, использование термопластических композитов; ретроградное пломбирование корневых каналов, закрытие перфораций, в том числе с использованием Pro Root, глубокое фторирование, удаление пигментированного налета, отбеливание зубов; плановая санация полости рта; художественная реставрация, установка виниров, ламинатов, использование интраоральной видеокамеры, стоматологического микроскопа, лазерных стоматологических установок; одновременное использование нескольких способов механической, медикаментозной и химической обработки корневых каналов; хирургическое лечение по поводу заболеваний пародонта, в том числе открытый кюретаж зубо-десневых карманов; удаление зубов по ортопедическим и ортодонтическим показаниям; стоматологическая имплантация; подготовка к протезированию зубов и протезирование зубов (кроме случаев, предусмотренных пунктом 2.2 настоящей Программы), исправление дефектов прикуса; использование коффердама, оптидама, оптрагейта и т.п.
- по диагностике и лечению с использованием авторских методов; лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;
- методы традиционной медицины: традиционная диагностика (акупунктурная, аурикулодиагностика, термopунктурная, иридодиагностика, энергоинформационная и др.), традиционная терапия (фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия и лечение другими средствами природного происхождения; гомеопатия; биорезонансная терапия, энергоинформатика; традиционные системы оздоровления и др.);
- по проведению гидроколонотерапии и мониторной очистке кишечника; бальнеолечение, водолечение и грязелечение, иммерсионной терапии, механотерапии, тренажеры, вытяжение позвоночника, аппаратного массажа, лимфодренажа, ЛОД-терапии, курсового лечения хронических заболеваний с использованием аппаратно-программных комплексов (например, «Ярило», «Андро-Гин», «Мультимаг», «Магнитотурботрон» и прочие аналогичные), кинезотерапии, кинезиотейпирование, ЛФК в бассейне и пр., солярий;

– экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации; внутривенное и накожное облучение крови; озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул; по проведению гипо-, нормо- и гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

– диагностические и лечебные мероприятия (в т.ч. процедуры, пластические операции), проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; хирургическое изменение пола; склеротерапия вен любыми методами;

– услуги по планированию семьи, в том числе медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности; процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие, включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозной и хирургической контрацепции (стерилизацию), по диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, болезни Пейрони, всех видов сексуальных расстройств;

– введение и удаление ВМС за исключением проведения по медицинским показаниям и/или предусмотренных программой;

– по родовспоможению; по послеродовым состояниям и/или заболеваниям и их осложнениям;

– по диагностике и лечению болезней придатков кожи, в том числе заболеваний волос, мозолей, бородавок, папиллом, кондилом, контагиозных моллюсков, невусов, гиперкератозов, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

– аллерген-специфическая иммунотерапия (СИТ);

– вакцинация, иммунопрофилактика сверх программы;

– по диагностике и лечению заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекции веса;

– оформление и выдача справок сверх программы, льготных рецептов;

– по проведению подготовки к плановому стационарному лечению если Программой не предусмотрена «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация»;

– по проведению лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, проводимых с применением стационарзамещающих технологий («стационар одного дня», «дневной стационар»), если Программой не предусмотрена «Плановая стационарная помощь/ Плановая госпитализация».

3.3. Не подлежат оплате:

– плановое хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (стентирование, баллонная ангиопластика); плановое хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (абляция, установка искусственных водителей ритма);

– плановое нейрохирургическое лечение;

– эндоваскулярные и радиочастотные методы воздействия;

– хирургическое лечение миопии, гиперметропии, амблиопии, астигматизма, косоглазия, катаракты (за исключением случаев, прямо предусмотренных Программой), в т.ч. с использованием лазера; интравитреальное введение препаратов; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

– трансплантация (имплантация) органов и тканей; слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и/или методом кохлеарной имплантации; ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие);

– расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях и т.п., корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений (корсетов, костылей, стелек и др.), а также расходы на их подгонку;

– кардиостимуляторы, стенты, кардиовертеры-дефибрилляторы, а также расходные материалы, в т.ч. для проведения ангиографии, ангиопластики и стентирования (сверх программы); трансплантаты;

– искусственные хрусталики, имплантаты, протезы и эндопротезы, металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, иммобилизационные системы и т.п.;

– реабилитация в любых медицинских учреждениях (за исключением случаев, прямо предусмотренных Программой); пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала; предоставление в стационаре индивидуального поста медицинского персонала.

РАЗДЕЛ 4. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. К обслуживанию не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансерах, а также в центрах профилактики и борьбы со СПИДом или имеющие инвалидность I – II групп;

4.2. Если в течение срока обслуживания будет установлено, что Застрахованный состоит на диспансерном учете, или имеет заболевание из числа указанных в Разделе 3 настоящей Программы, или имеет I - II группу инвалидности, а также при первичном выявлении указанных заболеваний или установлении Застрахованному I – II группы инвалидности Договор в отношении него может быть расторгнут;

4.3. Не подлежат оплате услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока обслуживания, кроме услуг по программам «Экстренная стационарная помощь», «Экстренная стационарная помощь на территории РФ», связанные с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия Договора до момента его выписки из стационара.

4.4. В случае необоснованного вызова скорой медицинской помощи или врача на дом (ложный вызов, вызов к лицу, не подключенному к программе обслуживания, отсутствие на месте вызова, вызов к лицу в состоянии алкогольного или наркотического опьянения), Застрахованный обязан возместить понесенные расходы.

4.5. Оказание медицинских услуг и лечение отдельных заболеваний может быть исключено или дополнительно включено в комплексную программу на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

4.6. Застрахованный обязан:

– соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской или иной организацией, условия Программы;

– не передавать другим лицам информацию о доступе в Сервис с целью получения ими медицинских и иных услуг в рамках Программ страхования;

при обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность.

Всего прошнуровано, пронумеровано,
скреплено печатью

65/шмзв/25 листов

Подпись: _____ (А.В. Захаров)

Дата: « 13 » февраля 2024-г.

