

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованными и Лечебно-профилактическими учреждениями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Страховщик - осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации лицензией.

1.3. Страхователи - юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц). Страхователи - физические лица заключают со Страховщиком Договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (застрахованных лиц).

1.5. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования в пользу Застрахованных в возрасте от 0 до 90 лет, если иное не оговорено в договоре страхования. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования в пользу лиц, старше 65 лет.

1.6. Страхование, если иное не оговорено в договоре страхования не подлежат инвалиды 1-2 групп; граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах; больные СПИДом; больные онкологическими заболеваниями. Если в период действия договора страхования обнаруживается, что застрахованными являются указанные выше лица, то договор в отношении данных Застрахованных лиц считается не действительным с момента его заключения, если иное не оговорено договором страхования.

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

1.8. Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования в соответствии с программами страхования, согласно которым гарантирует организацию и финансирование по всему миру медицинских услуг определенного вида и качества в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования с учетом положений настоящих Правил. Программа страхования отражает обязательства Страховщика по организации и оплате различных видов медицинской помощи, предоставление которых гарантируется застрахованному при возникновении страхового случая.

Страховая компания вправе заключать договоры страхования на основе:

1. программы амбулаторной помощи,
2. программы стационарной помощи
3. программы стоматологической помощи,
4. программа скорой и неотложной медицинской помощи,
5. программы экстренной медицинской помощи,
6. комплексной программы,
7. программы дородового наблюдения беременных женщин в амбулаторных условиях,
8. программы комплексного дородового наблюдения беременных женщин,
9. программы ведения родов и послеродового периода,
10. программы восстановления и реабилитации как дополнительной программы к любой из программ страхования, перечисленных в пунктах 1-9.

II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного лица), связанный с расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования.

III. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

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

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг в течение периода действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при родах, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования.

3.3. Договор страхования может быть заключен на условиях:

3.3.1. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную (доврачебную), амбулаторно-поликлиническую, консультативную и диагностическую помощь, использующих методы традиционной медицины, а также осуществляющих экспертную медицинскую деятельность - (программы амбулаторной помощи);

Медицинская помощь, предусмотренная данной программой, может оказываться в лечебном учреждении, на дому и по месту работы застрахованных лиц.

3.3.2. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в терапевтическом, хирургическом и других специализированных отделениях стационара с возможностью оказания Застрахованному лицу диагностических обследований, лечения, хирургических операций, проведения экспертной медицинской деятельности и оказанием другой необходимой помощи в связи с болезнью, родами или в результате несчастного случая; лечебно-восстановительной терапии в отделениях реабилитации или санаторно-курортных условиях (программы стационарной помощи) Программа стационарной помощи может включать:

- экстренную стационарную помощь
- плановую стационарную помощь
- экстренную и плановую стационарную помощь

3.3.3. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторную терапевтическую и хирургическую стоматологическую помощь (программа стоматологической помощи);

3.3.4. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь (программа скорой и неотложной медицинской помощи);

3.3.5. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, учреждениями здравоохранения, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь, а также экстренную стационарную помощь (программа экстренной медицинской помощи);

3.3.6. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, указанных в п.3.3.1, 3.3.2., 3.3.3, 3.3.4, (комплексная программа);

3.3.7. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь (программа родового наблюдения беременных женщин в амбулаторных условиях);

3.3.8. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, скорую и неотложную помощь, стационарную помощь (программа комплексного родового наблюдения беременных женщин),

3.3.9. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, (программа ведения родов и послеродового периода),

3.3.10. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях (программа восстановления и реабилитации).
Условия гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг,

предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях включаются в договор страхования только в том случае если в нем в качестве основного (базового) покрытия предусмотрено одно или несколько из условий страхования, предусмотренных в пунктах 3.3.1-3.3.9 настоящих правил страхования.

3.4. Перечень медицинских услуг по Договору страхования может ограничиваться или расширяться (в рамках залицензированных Правил страхования и Приложений к ним и/или, не противореча действующему законодательству), по соглашению между Страхователем и Страховщиком. Перечень медицинских услуг в рамках конкретной залицензированной программы, а также любое сочетание залицензированных программ может быть указано в договоре страхования с оригинальным названием.

3.5. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованным в лечебных учреждениях, предусмотренных договором страхования, по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы. Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских услуг в зарубежных медицинских учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности и не противоречат действующему законодательству РФ с точки зрения признания его медицинским учреждением. Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий договор на оказание застрахованным медицинских услуг, в случае отсутствия у него по прежнему и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

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

3.6.1. по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления; травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.

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

3.6.3. за получением услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы лечащим врачом Застрахованного;

3.6.4. в случае применения косметической или пластической хирургии, если иное не прямо не оговорено договором страхования;

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

3.6.6. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

3.6.7. венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии.

3.6.8. по поводу особо опасных инфекций: натуральной оспы, чумы, холеры, сибирской язвы, сыпного тифа;

3.6.9. по поводу психических болезней независимо от сроков выявления.

3.7. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- г) стихийными бедствиями;
- д) террористическими актами, если иное не оговорено в договоре страхования.

3.8. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования.

IV. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма на всех или на каждого Застрахованного по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия договора страхования и т.д. и не может быть ниже минимальной суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

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

4.3. В случаях, если стоимость медицинских услуг превышает размер страховой суммы, помощь оказывается за счет выделения Страхователем дополнительных средств Страховщику, при этом Страхователь и Страховщик заключают дополнительное соглашение и Страхователь оплачивает страховую премию в размере, предусмотренном дополнительным соглашением.

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

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

V. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

5.2. При определении размера страхового взноса, подлежащего уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им и согласованные с органом, осуществляющим надзор за страховой деятельностью тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования, характера страхового риска, состояния здоровья Застрахованного лица (Приложение 1 к настоящим Правилам).

5.3. Страховой взнос может быть уплачен наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов. Форма проведения расчетов определяется в Договоре страхования.

5.4. Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования или в рассрочку.

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

5.6. В случае неуплаты очередного страхового взноса, в оговоренные Договором страхования сроки, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть договор страхования и потребовать возмещения причиненных убытков.

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

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год с физическим лицом или юридическим лицом, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

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

6.3.1. о застрахованном лице;

6.3.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);

6.3.3. о сроке действия Договора и размере страховой суммы.

6.4. При заключении Договора добровольного медицинского страхования Страховщик, при необходимости, вправе провести медицинское анкетирование и/или назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья. Предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя. В зависимости от результатов медицинского анкетирования и/или предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, Страховщик вправе присвоить Застрахованному соответствующую группу риска и использовать повышающие коэффициенты и/или понижающие коэффициенты в соответствии с настоящими Правилами.

Страховщик в своей внутренней нормативно-распорядительной документации вправе предусмотреть различные группы рисков, согласно которым принимаются решения о принятии риска на страхование.

6.5. Заключение Договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении Договоров на страхование принимается любое количество работников и членов их семей .

6.5.2. Основанием для заключения Договора является письменное или устное заявление Страхователя (Приложение 2 к Правилам), в котором должны быть указаны:

- наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список страхуемых граждан с указанием имени, отчества, фамилии, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона, прочую информацию (работающий, другие лица);
- желаемые условия страхования (программа страхования);
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.5.3. Страховщик в течение пяти рабочих дней принимает решение о возможности заключения Договора страхования и делает соответствующие отметки на заявлении Страхователя, при наличии такового. Страховой полис выдается в течение 5 рабочих дней после вступления Договора страхования в законную силу, если иное не предусмотрено договором страхования. Договор страхования оформляется Договором (Приложение 6 к настоящим Правилам) и приложениями к нему в письменной форме, являющимися неотъемлемой частью Договора, а также страховым полисом на каждое застрахованное лицо, если иное не

предусмотрено договором страхования.
В страховом полисе (Приложение 4 к настоящим Правилам) указывается:

- номер страхового полиса;
- категория: содержащая буквенно-цифровой шифр, определяющий выбранную программу страхования, перечень лечебных учреждений;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- год рождения;
- адрес Застрахованного;
- виды медицинской помощи, гарантированные Застрахованному лицу по данному полису;
- перечень медицинских учреждений, в которые застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг;
- период действия договора страхования;
- телефоны круглосуточного диспетчерского пульта.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения Договора страхования с физическими лицами в их пользу или пользу третьих лиц является письменное или устное заявление Страхователя (Приложение 3 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества Страхователя, его домашнего адреса и телефона;
- паспортных данных;
- фамилии, имени и отчества лица, в пользу которого заключен Договор страхования, месяц и год рождения, домашний адрес, телефон;
- желаемые условия страхования (выбранная программа страхования);
- срок действия Договора страхования и другие условия заключения Договора страхования.

6.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения Договора страхования в течение пяти дней со дня получения устной информации или подачи заявления от Страхователя. При необходимости Страховщик может назначить предварительный медицинский осмотр или обследование.

6.6.3. Договор страхования заключается в письменной форме и удостоверяется выдачей страхового медицинского полиса и (или) Договора.

6.7. Страховой полис (Договор) является документом, удостоверяющим право Застрахованного на получение медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования.

6.8. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования 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 досрочно расторгнуть договор страхования и потребовать возмещения причиненных убытков.

6.9. Договор страхования вступает в силу с указанного в Договоре срока

6.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре прямо указывается на применение таких правил текст правил приложен к страховому полису.

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

6.12. При утрате Застрахованным страхового полиса или пропуска в лечебное учреждение, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат страхового полиса или пропуска в лечебное учреждение. При повторной утрате страхового полиса в течение срока действия договора страхования со Страхователя может взыскиваться платеж в размере стоимости изготовления полиса и выдается дубликат. При утрате пропуска в лечебное учреждение со Страхователя может взыскиваться платеж в размере стоимости оформления нового пропуска.

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

6.14. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдается страховой полис.

VII. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Предоставление медицинской помощи, обусловленной Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в лечебные учреждения, предусмотренные договором страхования, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении застрахованного лица в лечебное учреждение предъявляется страховой полис или пропуск, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность застрахованного лица. В случае необходимости застрахованное лицо (Страхователь) обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.2. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением путем перечисления, (если иное не предусмотрено Договором) Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения. Перечисление производится либо авансировано либо после получения от медицинских учреждений счета с указанием сроков лечения, суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной Договором страхования. Взаимоотношения с медицинским

учреждением определяются соответствующим Договором (Приложение 1 к настоящим Правилам).

VIII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

8.1. Застрахованное лицо имеет право:

8.1.1. на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

8.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

8.1.3. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

8.2. Застрахованное лицо обязано:

8.2.1. соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

8.2.2. не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

8.3.2. уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в договоре страхования;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

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

8.4.3. Страхователь вправе исключить работника из числа застрахованных и заменить другим или уменьшить общее число застрахованных (с согласия Застрахованного);

8.4.4. досрочно расторгнуть договор страхования.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным;

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

8.5.3. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи и медицинских услуг, гарантированных условиями Договора страхования.

8.5.4. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

8.6.2. досрочно расторгнуть Договор страхования, в случаях, предусмотренных договором страхования;

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

8.6.4. проверять сообщенную Страхователем информацию.

IX. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования прекращается в случаях:

9.1.1. истечения срока его действия;

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

9.1.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством;

9.1.4. в случае смерти Застрахованного лица;

9.1.5. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и договором страхования.

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

9.3. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

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

9.5. Во всех случаях прекращения Договора страхования Застрахованные обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

X. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если Договор заключен после наступления страхового случая. При недействительности Договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности Договора не предусмотрены законом. Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

XI. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

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

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

Программа добровольного медицинского страхования № 1 *Амбулаторная помощь*

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

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

2. Страховой случай.

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

Объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям:

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

3. **Исключения из страхового покрытия**
Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- психических, венерических заболеваний, заболеваниях любой формой СПИДа в любой его стадии, особо опасных инфекций;
- всех формах туберкулеза, саркоидоза,
- врожденных и наследственных заболеваний.

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

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

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

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

Программа добровольного медицинского страхования № 2 ***Стационарная помощь***

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

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

- перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги застрахованным лицам.

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

2. Страховой случай.

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

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

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

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

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

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

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

- при сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах, за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с такими операциями.
- Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

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

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

Программа добровольного медицинского страхования № 3 ***Стоматологическая помощь***

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

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

2. Страховой случай.
Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия Договора страхования в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования при заболеваниях зубов и полости рта, требующих оказания консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранном медицинском учреждении включаются:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение заболеваний полости рта;
- анестезия;

- рентгенография, визиография, другие обследования;

терапевтическое лечение кариеса, пульпита, периодонтита, наложение пломб с применением композитных и светоотверждаемых материалов;

- снятие зубных отложений;
- покрытие зубов лаком;
- хирургическое лечение;
- другие необходимые обследования и манипуляции.

3. Исключения из страхового покрытия

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

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

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

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

Программа добровольного медицинского страхования № 4 ***Скорая и неотложная медицинская помощь***

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

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

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

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

2.Страховой случай.

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

По данной Программе предоставляется:

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

3. Искключения из страхового покрытия
Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявляемых:

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

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

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления.
- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы или письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- в случае получения медицинской помощи и медицинских услуг по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских

учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

Программа добровольного медицинского страхования № 5 ***Экстренная медицинская помощь***

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

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

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

2. Страховой случай.

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

По данной Программе предоставляется:

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

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

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

3. Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

- при выявлении терминальных онкологических; психических, венерических заболеваний, заболевания СПИДом;
- при выявлении всех форм туберкулеза, саркоидоза,

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

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

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

Программа добровольного медицинского страхования № 6 ***Комплексная программа.***

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

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

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-

поликлинических (в том числе на дому), стационарных условиях, скорую медицинскую помощь, стоматологическую помощь, лечение в санаторно-курортных условиях.

2. Страховой случай.

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

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

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

Лечение в условиях стационара.

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

- стоимость пребывания в медицинском учреждении;
- стоимость медицинского обслуживания (диагностических, лечебных процедур, в том числе реабилитационно - восстановительного лечения);
- стоимость услуг, связанных с оказанием скорой и неотложной медицинской помощи;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- стоимость транспортировки в санитарном автомобиле;
- оказание медицинской помощи на дому (стационар на дому) ;
- проведение медицинской экспертизы

- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;
- индивидуальный пост;
- другие услуги по медицинским показаниям.

Стоматологическая помощь:

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

3. Исключения из страхового покрытия

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

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

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

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

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями, если иное не оговорено договором;
- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз, очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком. При отсутствии в данном лечебном учреждении необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному осуществляются консультации и исследования в другом лечебном учреждении из числа сотрудничающих со Страховщиком.

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

Программа добровольного медицинского страхования № 7 *Дородовое наблюдение беременных женщин в амбулаторных условиях*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Программа добровольного медицинского страхования № 8 ***Комплексное дородовое наблюдение беременных женщин***

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

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

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

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

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

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

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

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

Кратность и периодичность проведения осмотров и лабораторных исследований устанавливается на основании инструкций и рекомендаций МЗ РФ, местных комитетов здравоохранения и зависит от индивидуальных особенностей течения беременности, сроков обращения для заключения Договора. В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату скорой и неотложной медицинской помощи, оказываемой медицинскими бригадами, в санитарном автомобиле при транспортировке в стационар, на дому, на месте происшествия при сроке не более 36 недель беременности.

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

По данной Программе предоставляется:

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

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

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

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

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

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

Программа добровольного медицинского страхования № 9 ***Ведение родов и послеродового периода.***

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

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

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

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

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

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

5.1. Консультация лечащего врача с выработкой окончательной тактики ведения родов: роды через естественные родовые пути; оперативное родоразрешение - кесарево сечение при наличии абсолютных показаний. Вопрос о необходимости проведения кесарева сечения при наличии относительных показаний решается в процессе родов, применительно к конкретной ситуации.

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

5.2. Диагностические обследования:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- акушер-гинеколог

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

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

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

11. В случае отказа матери от совместного пребывания с новорожденным, ребенок помещается в детскую палату, где ему обеспечивается необходимый уход среднего медицинского персонала и квалифицированное наблюдение со стороны врача-неонатолога, в которое входит санитарно-гигиеническая обработка новорожденного, взвешивание, кормление смесями, имеющими сертификат качества, наблюдение за новорожденным - круглосуточное.

12. Настоящая Программа не предусматривает предоставление следующих услуг:

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

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

14. Застрахованная обязана:

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

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

- провести консультацию специалиста в учреждении, где проходили роды,

- в случае необходимости – осуществить транспортировку Застрахованной в медицинское учреждение по месту родов при условии нахождения Застрахованной в пределах оговоренной в договоре территории.
- в случае рекомендации лечащего врача - госпитализировать Застрахованную в гинекологическое отделение.

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

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

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

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

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

Программа добровольного медицинского страхования № 10

Восстановление и реабилитация

(дополнительная программа к программам 1-9)

1. Общие положения.

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

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

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

2. Страховой случай.

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

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

Медицинская восстановительная (реабилитационная) помощь:

- а) амбулаторного характера
 - амбулаторный прием специалистами, консультации, лабораторные и инструментальные исследования – в удобное для Застрахованного время (с учетом режима работы Учреждения);
 - проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
 - расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) специальных методик лучевой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, функциональных методик диагностики, использования холтеровского мониторирования, современных эндоскопических методик, исследования гормонов, и другие исследования по медицинским показаниям;
 - объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
 - обеспечение предметами медицинского ухода;
 - консультации Застрахованных специалистами кафедр медицинских ВУЗов;
 - противорецидивное лечение;
- б) стационарного характера
 - восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных заболеваний, травм, оперативных вмешательств и других состояний;
 - расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, современных эндоскопических методик, холтеровского мониторирования, чрезпищеводной электрокардиографии и другие исследования по медицинским показаниям;
 - расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, гемосорбцию, УФО крови и плазмаферез, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и другие манипуляции по медицинским показаниям.
 - стоимость пребывания в медицинском учреждении;
 - стоимость медицинского восстановительного (реабилитационного) обслуживания;
 - стоимость вспомогательных медицинских услуг;
 - медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях;
- Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:
 - психических, венерических заболеваниях;
 - необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;
 - при алкоголизме, токсикомании или наркомании.
- Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:
 - по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были признаны врачом-экспертом Страховщика как необходимые и разумные меры;
- Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

Виды программ ДМС

1. Базовое покрытие.
2. Расширенное обслуживание.
3. Программы люкс.

Как правило, в базовую страховку включается:

- возможность консультации у высококлассных специалистов;
- госпитализация;
- вызов врача на дом;
- скорая медицинская помощь;
- обследования и анализы;
- базовая стоматология, включая уход и отбеливание. Имплантация в базовое покрытие, как правило, не входит.

Базовое покрытие ДМС подразумевает под собой наступление непредвиденных страховых случаев.

Интересно, что беременность не является страховым случаем по типовым полисам. Но есть отдельный **полис ДМС для беременных**.

Поддержание хронически больных людей, которым на постоянной основе нужно дорогостоящее лечение, не подразумевается!