

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
СТРАХОВАЯ ГРУППА «СПАССКИЕ ВОРОТА»**

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
Акционерного общества
Страховая группа «Спасские ворота»



Е.П. Потапов

Приказ №102/ОД от 27 декабря 2017 г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН
(редакция № 4)**

1. Общие положения. Субъекты страхования.
 2. Объект страхования.
 3. Страховые случаи и объем страховой ответственности.
 4. Страховая сумма.
 5. Страховая премия.
 6. Договор страхования и срок его действия.
 7. Порядок выполнения обязательств по договору.
 8. Права и обязанности сторон.
 9. Прекращение действия договора страхования.
 10. Недействительность договора страхования
 11. Разрешение споров
- Приложения

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Акционерное общество Страховая группа «Спасские ворота», именуемое в дальнейшем «Страховщик», заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи, договоры добровольного медицинского страхования граждан, именуемых далее Застрахованные лица.

1.2. Страхователь - физическое лицо вправе застраховать себя (в этом случае он сам является Застрахованным лицом) и/или других граждан.

Страхователь - юридическое лицо заключает договоры добровольного медицинского страхования физических лиц.

1.3. Не допускается страхование противоправных интересов.

1.4. 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.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного лица), связанный с затратами на оказание медицинской помощи и иных услуг (в том числе затраты на медикаменты и другие предметы медицинского назначения), включенных в программу страхования, при возникновении страхового случая.

3. 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 произвести страховую выплату, в размере, определенном договором страхования и перечнем оказанных медицинских и иных услуг (в том числе предметов медицинского назначения, транспортировки в сопровождении медицинского персонала и т.д.), включенных в программу медицинского страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного лица, в течение срока действия договора страхования, в медицинское и/или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования, прикрепление Застрахованного лица для получения диагностической, лечебной, медикаментозной, профилактической, реабилитационной, санаторно-курортной, оздоровительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования и программами страхования.

3.3. Договор страхования может быть заключен на условиях гарантированного предоставления и оплаты медицинской помощи и иных услуг в медицинских учреждениях РФ и за рубежом, у врачей, занимающихся частной практикой, в иных учреждениях по различным программам страхования, в том числе:

- Программа №1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- Программа №2. «Стоматологическая помощь»;
- Программа №3. «Скорая и неотложная медицинская помощь»;
- Программа №4. «Стационарная помощь»;
- Программа №5. «Семейный (личный) врач»;
- Программа №6. «Реабилитационно-восстановительное лечение»;
- Программа №7. «Врач офиса»
- Программа №8. «Комплексная медицинская помощь»;
- Программа №9. «Дородовое наблюдение беременных женщин»;
- Программа №10. «Родовспоможение»;
- Программа №11. «Комплексная медицинская помощь для детей до 1 года»;
- Программа №12. «Комплексная медицинская помощь для детей от 1 года до 18 лет».

3.3.1. Количество используемых методов диагностики и лечения, из числа перечисленных в соответствующей программе, может быть ограничено по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

3.4. Перечень видов медицинской помощи и иных услуг и страховая сумма по договору страхования устанавливаются по индивидуальному соглашению между Страхователем и

Страховщиком, но не может быть меньше минимального уровня, установленного Страховщиком для каждой из предлагаемых программ.

3.5. В соответствии с договором страхования Страховщик берет на себя обязанность организовать и оплатить медицинскую помощь и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

3.5.1. Страховая выплата (оплата медицинских расходов и иных услуг) производится Страховщиком медицинскому (или иному) учреждению или Застрахованному лицу в случае предоставления последним соответствующих первичных документов об оплате им медицинских расходов, предусмотренных программой страхования в согласованном со Страховщиком медицинском учреждении.

3.6. Если договором или программой страхования не предусмотрено иное, то не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское или иное учреждение:

3.6.1. 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;

3.6.2. по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, за исключением случаев, когда это состояние вызвано противоправными действиями третьих лиц;

3.6.3. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до покушения на самоубийство противоправными действиями третьих лиц;

3.6.4. в связи с получением услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

3.6.5. по поводу особо опасной инфекционной болезни - натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, - в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина;

3.7. В случае установления Застрахованному лицу группы инвалидности в период действия договора страхования, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу, до момента установления группы инвалидности.

В дальнейшем Страховщик имеет право прекратить в отношении такого Застрахованного лица действие договора страхования с уведомлением об этом самого Застрахованного, либо принять решение о страховании указанного лица на особых условиях.

3.8. Если договором страхования не предусмотрено иное, то не является страховым случаем событие из перечисленных в п.3.2., причиной которого стало:

- 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.

3.9. Страховщик имеет право не оплачивать медицинскую помощь и иные услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских и иных учреждениях, без предварительного согласования со Страховщиком и не определенных договором страхования.

3.10. Программами и договором страхования могут быть предусмотрены другие исключения из перечня страховых рисков.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА.

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон с учетом программы, выбранной Страхователем, возраста и состояния здоровья 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. Договором страхования могут предусматриваться, следующие варианты установления страховой суммы:

4.2.1. Индивидуальная страховая сумма для каждого Застрахованного лица единая по всем программам страхования, включенным в договор страхования;

4.2.2. Индивидуальная страховая сумма для каждого Застрахованного лица отдельно по каждой программе страхования, включенной в договор страхования;

4.2.3. Общая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, включенных в Договор страхования, единая по всем программам страхования, включенным в договор страхования;

4.2.4. Общая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, включенных в Договор страхования, отдельно по каждой программе страхования, включенной в договор страхования.

4.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить размер страховой суммы или перечень предоставляемых медицинской программой услуг путем оформления дополнительного соглашения. При этом Страховщик имеет право на уплату дополнительно страховой премии или уменьшение страховой премии.

4.4. В случаях, если стоимость медицинской помощи и иных услуг превышает размер страховой суммы, установленной договором страхования по определенному виду медицинской помощи и иных услуг, помощь оказывается на основании дополнительного соглашения между Страхователем и Страховщиком, по условиям которого Страховщик увеличивает размер страховой суммы, а Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, рассчитанную исходя из действующих на этот момент тарифов, в противном случае наступают последствия, предусмотренные в п. 9.1.2. настоящих Правил.

4.5. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, - в иностранной валюте. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – «страхование в эквиваленте»).

4.6. В договоре страхования может быть установлена франшиза. Франшиза может быть условной или безусловной и устанавливается в виде абсолютной суммы (денежном выражении) либо в виде определенного процента от страховой суммы:

- при установлении условной (не вычитаемой) франшизы Страховщик не производит страховую выплату по страховым случаям, размер страховой выплаты по которым меньше или равен франшизе, установленной в договоре, и производит страховую выплату по страховым случаям, размер страховой выплаты по которым больше франшизы;

- при установлении безусловной (вычитаемой) франшизы, страховая выплата при наступлении страхового случая уменьшается на сумму франшизы.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

5.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им и согласованные с органом, осуществляющим надзор за страховой деятельностью тарифы и коэффициенты к ним, определяющие размер страховой премии, взимаемой с единицы страховой суммы.

5.3. В период действия договора страхования размер страховой премии может быть изменен:

5.3.1. по взаимному соглашению сторон при увеличении (уменьшении) страховой суммы, изменении программ страхования, численности застрахованных;

5.3.2. по требованию Страховщика:

- при уплате страховой премии в рассрочку, в связи с увеличением тарифов медицинских и иных учреждений на услуги;

- при выявлении обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска.

Если Страхователь возражает против увеличения страховой премии в случаях, предусмотренных в п. 5.3.2. Страховщик имеет право досрочно прекратить договор страхования.

5.4. Страховая премия уплачивается наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов, почтовым переводом или иным способом, согласованным в договоре страхования.

5.5. Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования или в рассрочку страховыми взносами.

Форма проведения расчетов и порядок уплаты страховой премии определяется по согласованию сторон в договоре страхования.

При уплате страховой премии в рассрочку действие договора страхования, по усмотрению Страховщика, может быть разбито на периоды, в зависимости от регулярности уплаты взносов, с соответствующим разделением страховой суммы.

5.6. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в порядке и сроки, указанные в договоре страхования.

В случае неуплаты очередной части страховой премии в оговоренные договором страхования сроки действие договора прекращается в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством, если сторонами не достигнута дополнительная договоренность по этому вопросу.

5.7. При «страховании в эквиваленте» страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету, если договором страхования не установлено иное.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную в договоре страхования страховую премию произвести страховую выплату при наступлении страхового случая.

6.2. Договор страхования заключается, если в нем не оговорено иное, на срок 1 год.

6.3. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать от Застрахованного лица прохождения предварительного медицинского освидетельствования. Предварительное медицинское освидетельствование проводится за счет средств Страхователя.

6.4. 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 признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе.

6.5. В случае отказа страхуемого лица (страхуемых лиц) или Страхователя от предварительного медицинского освидетельствования или предоставления любой запрашиваемой Страховщиком информации, влияющей на оценку степени риска, а также при непредставлении страхуемым лицом права полного доступа Страховщика к медицинской информации, Страхователю может быть отказано в заключении договора страхования в отношении данного лица.

6.6. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем (страхуемым лицом) сведений. В случае установления ложных, неточных или неполных сведений, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

Если 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 после вступления договора в силу, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, договор страхования вступает в силу при уплате страховой премии:

а) путем безналичного расчета - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса – при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика;

б) наличными денежными средствами - с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса – при уплате в рассрочку) в кассу Страховщика или получения представителем Страховщика.

6.8. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

6.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для сторон, если в договоре страхования прямо указывается на применение этих условий соответствующей записью и настоящие Правила вручены Страхователю.

6.10. По соглашению сторон в договор страхования могут быть внесены и иные условия, не противоречащие действующему законодательству РФ и настоящим Правилам.

6.11. Застрахованному лицу запрещается передавать договор страхования другим лицам с целью получения им медицинской помощи и иных услуг по договору страхования. Если будет

установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу договор страхования, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица и отказать в страховой выплате.

Страхователь обязан возместить по требованию Страховщика расходы, понесенные последним, в случае оплаты счетов за оказание медицинской помощи и иных услуг незастрахованному лицу.

6.12. При утрате Застрахованным лицом договора страхования он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинской помощи и иных услуг в соответствии с договором страхования. Страховщик имеет право взыскать со Страхователя платеж в размере стоимости изготовления договора страхования и выдать Застрахованному лицу дубликат.

6.13. В случае изменения списка Застрахованных лиц при заключении коллективного договора страхования Страхователь представляет Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о заменяемых, об исключаемых из списка и включаемых в него.

6.13.1. При включении в договор страхования Застрахованных лиц Страхователь уплачивает страховую премию за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

6.13.2. При досрочном прекращении действия договора в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший оплаченный срок страхования (срок действия договора страхования в отношении конкретного Застрахованного лица) за вычетом нагрузки и страховых выплат, если договором страхования или настоящими Правилами не предусмотрено иное.

. При этом под «неистекшим сроком страхования» понимается количество полных месяцев от даты прекращения действия договора в отношении конкретного Застрахованного до даты окончания оплаченного срока действия договора (в отношении конкретного застрахованного лица).

6.13.3. Замена одного Застрахованного лица на другое осуществляется при условии, что на дату замены не произошел страховой случай с Застрахованным лицом, подлежащим замене. При замене одного Застрахованного лица другим уплата дополнительной страховой премии и возврат части страховой премии не производится.

6.13.4. Договором может быть предусмотрен иной порядок взаиморасчетов при замене Застрахованных лиц, исключении из Списка Застрахованных лиц и включении в Список Застрахованных лиц.

7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных договором, наступает после вступления договора страхования в силу.

7.2. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и иные учреждения из числа предусмотренных договором страхования, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях, а также в медицинские и иные учреждения, не предусмотренные договором страхования, при условии согласования со Страховщиком возможности получения в них услуг.

При обращении Застрахованного лица в медицинское или иное учреждение предъявляется договор страхования, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

В случае необходимости Застрахованное лицо (Страхователь) обращается по телефону, указанному в договоре страхования.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими и иными учреждениями, производится исходя из фактических затрат на прикрепление, оказание медицинской помощи и иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и учреждением. Взаимоотношения с медицинским и иным учреждением определяются соответствующим договором.

7.4. Оказанные Застрахованному лицу медицинская помощь и иные услуги оплачиваются (компенсируются) на основании счетов или иных документов, подтверждающих факт оказания медицинской помощи и иных услуг, с указанием ФИО застрахованного лица, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости или комплекса медицинских услуг и общей суммы

расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Страховщик принимает к оплате (для компенсации) счета или иные документы, подтверждающие факт оказания Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг, в случае если они предоставлены:

- медицинскими и иными учреждениями, предусмотренными договором страхования;
- медицинскими и иными учреждениями, не предусмотренными договором страхования, при условии, что оказание услуг Застрахованному лицу производилось с письменного согласия Страховщика;

- Застрахованным лицом по медицинской помощи и иным услугам, оказанным Застрахованному лицу в медицинских и иных учреждениях с согласия Страховщика.

В последнем случае Застрахованному лицу предоставляется 30 дней со дня оказания медицинской помощи или иной услуги для подачи вышеуказанных документов и заявления на рассмотрение Страховщика.

7.5. Страховщик после проверки и анализа полученного счета (документов) в течение 5 дней принимает решение о страховой выплате - оплате (компенсации) оказанных услуг.

При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховой выплате на дополнительный срок до 30 дней.

7.6. Если Застрахованному лицу оказаны медицинская помощь и иные услуги, не предусмотренные программой страхования и не согласованные со Страховщиком, Страховщик оплату таких услуг не производит и обязанность по их оплате медицинскому или иному учреждению лежит на Страхователе. Если по каким-либо причинам Страховщик оплатит указанные услуги медицинскому или иному учреждению, Страхователь обязан возместить указанную сумму (вернуть выплату) Страховщику в срок не позднее 10 дней с момента извещения Страхователя о неправомерности такой выплаты.

Если Страхователь возражает против оплаты медицинской помощи и иных услуг (возмещения неправомерной страховой выплаты) в случаях, предусмотренных п. 7.6., Страховщик вправе потребовать досрочного прекращения договора страхования и для защиты своих имущественных интересов обратиться в суд.

7.7. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных п.п. 3.6. - 3.8. настоящих Правил, а так же при предоставлении Страхователем или Застрахованным лицом документов, не соответствующих действительности, дачи заведомо ложной информации, умышленного сокрытия информации, имеющей существенное значение для суждения о степени риска, случаях предусмотренных п. 8.2.5. настоящих Правил и других случаях умышленного обмана Страховщика.

Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 10 дней с момента предоставления всех документов. В этом случае оплата медицинских услуг производится Страхователем за счет своих средств.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Застрахованное лицо имеет право:

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

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

8.1.3. сообщать Страховщику о случаях неоказания медицинской помощи и иных услуг, неполного или некачественного оказания таких услуг;

8.1.4. принять на себя обязанности Страхователя, в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица;

8.1.5. на получение дубликата договора страхования в случае его утраты.

8.2. Застрахованное лицо обязано:

8.2.1. Соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.2.2. соблюдать порядок пользования договором страхования, не передавать договор страхования другим лицам с целью получения ими медицинской помощи и иных услуг;

8.2.3. давать согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных в целях заключения и исполнения договора страхования;

8.2.4. предоставить Страховщику право полного доступа к любой медицинской информации от любого медицинского и других учреждений по поводу своего состояния здоровья в прошлом, настоящем и будущем, в том числе путем освобождения от обязательства сохранения врачебной тайны сотрудников названных учреждений.

8.2.5. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

8.3. Страхователь обязан:

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

8.3.2. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, установленные в договоре страхования;

8.3.3. предоставить Страховщику права полного доступа к медицинской документации Застрахованных лиц.

8.3.4. выполнять совместно с Застрахованным лицом обязанности, предусмотренные п.п. 8.2.5. настоящих Правил;

8.3.5. иметь согласие Застрахованных лиц на обработку их персональных данных Страховщиком в целях заключения и исполнения договора страхования.

8.4. Страхователь имеет право:

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

8.4.2. изменить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.6.13. настоящих Правил;

8.4.3. изменить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком, заключив дополнительное соглашение, предусматривающее изменение страховой суммы и страховой премии;

8.4.4. досрочно прекратить договор страхования.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;

8.5.2. своевременно выдать договор страхования Страхователю (Застрахованным лицам);

8.5.3. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату (или отказать в выплате) в соответствии с заключенным на основании настоящих Правил договором страхования после получения всех необходимых документов.

8.5.4. организовать при необходимости оказание медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам, а именно:

- заключить с медицинскими и иными учреждениями, предусмотренными программой страхования и приложениями к ней, договоры на оказание медицинской помощи и иных услуг;

- предоставить Страхователю пропуска и иные документы, необходимые для получения Застрахованными лицами медицинской помощи и иных услуг в соответствующих учреждениях.

8.5.5. по взаимному соглашению сторон, на основании выданной Страхователем или Застрахованным лицом доверенности, представлять самостоятельно или назначать лиц для представления в суде интересов Страхователя или Застрахованного лица, соответственно, по спорам, связанным с причинением вреда здоровью медицинскими и иными учреждениями, предусмотренными договором страхования.

8.5.6. 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 прекратить договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

8.6.3. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении стоимости предоставляемой медицинской помощи и иных услуг;

8.6.4. проверять сообщенную Страхователем информацию;

8.6.5. приостановить исполнение обязательств по договору с первого дня неоплаченного периода (в случае уплаты страховой премии в рассрочку).

9. 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. неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки с первого дня неоплаченного периода (если договором страхования не предусмотрено иное);

9.1.4. смерти Застрахованного лица;

9.1.5. отказа Страхователя от договора страхования;

9.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.2. 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.

9.3. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему страховую премию за не истекший срок действия договора страхования за вычетом нагрузки и страховых выплат, если договором страхования или настоящими Правилами не предусмотрено иное.

Под «неистекшим сроком страхования», если иное не установлено договором страхования, понимается количество полных месяцев с даты досрочного прекращения договора страхования до даты его окончания.

9.4. При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, независимо от момента (даты) уплаты страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку), при отсутствии в данном периоде событий, обладающих признаками страхового случая, Страховщик обязуется возратить Страхователю уплаченную страховую премию (первый страховой взнос, при уплате страховой премии в рассрочку) в следующем порядке:

- уплаченная Страхователем страховая премия (первый страховой взнос, при уплате страховой премии в рассрочку) подлежит возврату Страховщиком в полном объеме, если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее, также - дата начала действия страхования);

- уплаченная Страхователем страховая премия (первый страховой взнос, при уплате страховой премии в рассрочку) подлежит возврату Страховщиком пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшего с даты начала действия страхования до даты прекращения его действия, если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Возврат Страхователю страховой премии осуществляется наличными деньгами из кассы Страховщика или безналичным перечислением на банковский счет, в срок не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком оригинала письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

9.5. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика он возвращает Страхователю страховую премию за не истекший срок договора страхования за вычетом нагрузки и страховых выплат, если иное не установлено договором страхования.

9.6. При досрочном прекращении договора страхования в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за не истекший срок действия договора страхования за вычетом нагрузки и страховых выплат, если иное не установлено договором страхования.

9.7. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные обязаны вернуть Страховщику договоры страхования, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

10. 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.

11. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

11.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

11.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Программа №1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Категория «Максимум»

Программа направлена на улучшение медицинской помощи Застрахованному лицу, снижение заболеваемости, сокращение сроков временной нетрудоспособности в случае наступления страхового события: острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления.

Настоящая программа предусматривает:

- высококачественное амбулаторное обслуживание застрахованных в ведомственных и других медицинских учреждениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования;
- доступность для Застрахованного лица современных диагностических, лечебных, профилактических медицинских мероприятий, в том числе дорогостоящих.

1. Объём предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

- 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим медицинским профилям: терапия, кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, аллергология, нефрология, эндокринология, инфекционные болезни, неврология, дерматология, проктология, хирургия, травматология, офтальмология, отоларингология, урология, гинекология, консультации врачей других специальностей, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров, консилиумы.
- 1.2. Лабораторные, диагностические и инструментальные исследования:
 - 1.2.1. Лабораторные исследования:
 - клинические анализы,
 - биохимические исследования крови,
 - гормональные исследования,
 - онкомаркеры,
 - иммунологические исследования,
 - аллергологические исследования,
 - микробиологические исследования,
 - диагностика инфекций методом ПЦР,
 - цитологические исследования,
 - гистологические исследования и др.
 - 1.2.2. Функциональная диагностика:
 - ультразвуковая диагностика,
 - электрокардиография,
 - электроэнцефалография,
 - эхокардиография,
 - спирография,
 - доплеровское исследование сосудов,
 - реоэнцефалография,
 - УЗИ сосудов головного мозга и др.
 - 1.2.3. Диагностические и инструментальные исследования:
 - рентгенологические исследования,
 - компьютерная томография, магнитно-резонансная томография;
 - денситометрия,
 - эндоскопические исследования внутренних органов (бронхоскопия, эзофагоскопия, гастроскопия, интестиноскопия, диагностическая лапароскопия, колоноскопия) и др.
 - 1.2.4. Физиотерапевтическое лечение:
 - магнитотерапия,
 - лазеротерапия,
 - ультразвуковая терапия,

- фонофорез (ультразвуковая терапия с лекарственным веществом),
 - электрофорез,
 - электролечения (УВЧ-терапия; ДДТ (диадинамические токи Бернара), СМВ, ДМВ (микроволновая терапия, дарсонвализация),
 - лечебный массаж,
 - иглорефлексотерапия,
 - мануальная терапия,
 - занятия ЛФК,
 - светолечение,
 - ингаляции и др.
- 1.3. Профилактические осмотры, проводимые с целью раннего выявления и лечения заболеваний, в том числе ежегодная диспансеризация и противорецидивное лечение.
- 1.4. Оказание врачебной помощи на дому Застрахованному лицу, которое по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается на территории, предусмотренной договором страхования.
- 1.5. Вакцинацию по эпидемическим показаниям и с профилактической целью.
- 1.6. Оформление и получение медицинской документации: листов временной нетрудоспособности, санаторно-курортных карт, заключений о состоянии здоровья, выписок из амбулаторных карт и т.д.

2. Исключения:

- 2.1. Предоставление медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:
- туберкулез - независимо от клинической формы и стадии процесса;
 - СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.
- 2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:
- медицинские услуги, оказываемые в связи с покушением на самоубийство, членовредительство, совершение противоправных действий, подтвержденных решением органов предварительного следствия и/или суда, а также при несчастных случаях (травмах, отравлениях, ожогах, обморожениях), произошедших в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (если при обращении в ЛПУ Застрахованное лицо находилось в этом состоянии или факт опьянения подтвержден документально);
 - травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного лица в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
 - все медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования;
 - расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

3. Порядок оказания медицинских услуг

- 3.1. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в поликлинику, указанную в договоре страхования, либо в круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются в режиме работы поликлиники при наличии договора страхования, пропуска, если этого требует поликлиника, и документа, удостоверяющего личность.
- 3.2. В случае если в поликлинике, указанной в договоре страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, Страховщик организует оказание необходимой услуги в другом равноценном лечебном учреждении. Застрахованное лицо обязано для согласования своих действий по получению указанных услуг обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, в противном случае Страховщик имеет право отказать в их оплате.

Программа №1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Категория «Оптимум»

Программа направлена на улучшение медицинской помощи Застрахованному лицу, снижение заболеваемости, сокращение сроков временной нетрудоспособности в случае наступления страхового события: острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления.

Настоящая программа предусматривает:

- высококачественное амбулаторное обслуживание застрахованных в ведомственных и других медицинских учреждениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования;
- доступность для Застрахованного лица современных диагностических и лечебных мероприятий.

Объём предоставляемых услуг:

1. По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим медицинским профилям: терапия, кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, аллергология, нефрология, эндокринология, инфекционные болезни, неврология, дерматология, проктология, хирургия, травматология, офтальмология, отоларингология, урология, гинекология, консультации врачей других специальностей – в объеме первичной диагностики и выработки рекомендаций, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров, консилиумы.

1.2. Лабораторные, диагностические и инструментальные исследования:

1.2.1. Лабораторные исследования:

- клинические анализы,
- биохимические исследования,
- аллергологические исследования – кожные пробы с использованием одной отечественной панели на 10 аллергенов;
- серологические исследования;
- анализ крови на онкомаркеры (на один онкомаркер за период страхования);
- исследования методом ИФА;
- иммунологические исследования – общий IgE, антитела к тиреоглобулину и к ТПО;
- гормональные исследования (Т3, Т4, ТТГ) – не более 1 раза за период страхования,
- микробиологические исследования (первичная диагностика кишечных инфекций и дифтерии),
- диагностика инфекций методом ПЦР – до 5 инфекций за период страхования, в том числе диагностика инфекций, передающихся половым путем;
- цитологические исследования,
- гистологические исследования.

1.2.2. Функциональная диагностика:

- ультразвуковая диагностика,
- электрокардиография,
- электроэнцефалография,
- эхокардиография (не более 1 раза за период страхования),
- спирография,
- доплеровское исследование сосудов,
- реоэнцефалография,
- УЗДГ сосудов головного мозга.

1.2.3. Диагностические и инструментальные исследования:

- Рентгенологические исследования,
- эндоскопические исследования внутренних органов (бронхоскопия, эзофагоскопия, гастроскопия, интестиноскопия, колоноскопия).

1.3. Восстановительные методы лечения: физиотерапевтическое (электролечение, светолечение, теплотечение, ультразвуковая терапия, магнито- и лазеротерапия (кроме внутривенной), ингаляции, классический или сегментарный массаж (не более 2-х

анатомических областей одновременно), ЛФК – до 10 сеансов (процедур) каждого вида восстановительного лечения и не более 2-х видов лечебного воздействия одновременно по каждому случаю заболевания.

- 1.4. Оказание врачебной помощи на дому Застрахованному лицу, которое по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается на территории, предусмотренной договором страхования.
- 1.5. Проведение экспертизы трудоспособности с оформлением листов временной нетрудоспособности, а также медицинских справок.
- 1.6. Дорогостоящие медицинские услуги, выполняемые строго по медицинским показаниям и по согласованию со страховой компанией:
 - компьютерная томография;
 - диагностика инфекций методом ПЦР - более 5 исследований,
 - гормональные исследования (Т3, Т4, ТТГ) – более 1 за период страхования,
 - эхокардиография более 1 раза за период страхования,
 - магнитно-резонансная томография;
 - иммунологические исследования;
 - лечение в условиях дневного стационара;
 - иглорефлексотерапия;
 - мануальная терапия.

2. Исключения:

2.1. Предоставление медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- онкологические заболевания (включая доброкачественные), гемобластозы;
- заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалиями развития;
- системные заболевания соединительной ткани, демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз), васкулиты.
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования органов и тканей; косметология;
- эпилепсия, эпилептиформный синдром, детский церебральный паралич;
- острые и хронические лучевые поражения, лучевая болезнь;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;
- сахарный диабет (I и II типов);
- психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их прямые последствия, возникшие в связи с этими заболеваниями (травмы, ожоги и др.);
- профессиональные заболевания;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), заболеваний передающихся преимущественно половым путем;
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.;
- острые и хронические вирусные гепатиты В,С,D и E;
- псориаз, генерализованные микозы.

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- любые медицинские услуги, не предписанные врачом;
- медицинские услуги, оказываемые в связи с покушением на самоубийство, членовредительство, совершение противоправных действий, подтвержденных решением органов предварительного следствия и/или суда, а также при несчастных случаях (травмах, отравлениях, ожогах, обморожениях), произошедших в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (если при обращении в ЛПУ Застрахованный находился в этом состоянии или факт опьянения подтвержден документально);
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного лица в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;

- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия и/или подготовки к профессиональным соревнованиям;
- вакцинация и иммунопрофилактика, за исключением экстренной профилактики столбняка и бешенства;
- хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
- нетрадиционные методы диагностики и лечения: пульсовая, акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная, компьютерная, аурикулодиагностика, иридодиагностика, метод Фолля, энергоинформатика, гомеопатия, гирудотерапия, психотерапия; традиционные методы оздоровления (аутотренинг, лечение гипнозом, альфакапсула и др.);
- медицинские процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение или удаление ВМС; диагностика и лечение сексуальных расстройств, бесплодия и импотенции;
- диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с установлением беременности, осложнением беременности, родовым и послеродовым наблюдением; прерывание беременности независимо от сроков беременности;
- экстракорпоральные методы лечения (программный гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, лазеротерапия крови), ГБО, озонотерапия, СИТ, бальнеолечение;
- диагностические и лечебные процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, в том числе удаление папиллом, бородавок, моллюсков; коррекция веса тела, выполняемые с целью улучшения психологического состояния застрахованного; реконструктивно-восстановительное оперативное лечение; все виды протезирования;
- любые оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, водные процедуры, бани и сауны и т.п.;
- проведение реабилитации в условиях восстановительных центров и отделений по комплексным программам, а также по путевкам в диспансерах, пансионатах, санаториях и других оздоровительных учреждениях; пребывание в стационаре по уходу за больными;
- профилактические осмотры и диспансеризация; медицинское обследование, проводимое с целью оформления посыльных листов в МСЭК, за исключением первичного освидетельствования при несчастном случае, наступившем в период действия договора страхования; справок для ГИБДД, поступления в учебные заведения, разрешения хранения и ношения оружия, для посещения бассейна, работы в торговых точках;
- компенсация расходов застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов; медицинского оборудования и приборов, очков, контактных линз, слуховых аппаратов и имплантантов, а также расходы на подгонку корригирующих медицинских устройств и приспособлений;
- лечение заболеваний пародонта и терапевтическое лечение периодонтитов, за исключением купирования острых явлений в периапикальных тканях пародонта.

3. Порядок оказания медицинских услуг

- 3.1. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в поликлинику, указанную в договоре страхования, либо в круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются в режиме работы поликлиники при наличии договора страхования, пропуска, если этого требует поликлиника, и документа, удостоверяющего личность.
- 3.2. В случае если в поликлинике, указанной в договоре страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, Страховщик организует оказание необходимой услуги в другом равноценном лечебном учреждении. Застрахованное лицо обязано для согласования своих действий по получению указанных услуг обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, в противном случае Страховщик имеет право отказать в их оплате.

Программа №2 «Стоматологическая помощь»
Категория «Максимум».

Программа предусматривает выполнение по медицинским показаниям необходимых диагностических, терапевтических, хирургических и иных лечебных услуг, при заболеваниях зубов и слизистой оболочки полости рта, а также лечение травматических повреждений челюстно-лицевой области.

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

1.1. Общие виды стоматологической помощи:

- консультации врачей – специалистов с заполнением зубной формулы, составление плана лечения;
- рентгенография или компьютерная радиовизиография зубов;
- местная аппликационная, инфильтрационная и проводниковая анестезия;
- физиотерапевтическое лечение - по медицинским показаниям.

1.2. Терапевтическая стоматология:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием современных методик и пломбировочных материалов, в том числе светоотверждаемых, лечебных и изолирующих прокладок;
- лечение острого и обострения хронического пульпита, в том числе с пломбированием корневых каналов, пломбированием коронки зуба современными пломбировочными материалами, в том числе светоотверждаемыми;
- терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта;
- профессиональная гигиена полости рта (снятие пигментных налетов, налета курильщика, мягких и твердых зубных отложений, в том числе с помощью ультразвука), отбеливание зубов;
- лечение не кариозных поражений зубов, в т.ч. сколов зубов, клиновидного дефекта, гипоплазии эмали зубов, флюороза и прочих;
- ортодонтические виды лечения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка;
- покрытие зубов фторлаком по медицинским показаниям;
- зубопротезирование, включая подготовку к нему.

1.3. Хирургическая стоматология:

- простые и сложные удаления зубов;
- вскрытие инфильтратов и абсцессов;
- хирургическое лечение пародонтита;
- иссечение капюшона при затрудненном прорезывании зуба мудрости, в случае неэффективности консервативного лечения;
- имплантация зубов;
- неотложная стоматологическая помощь (в часы приема).

2. Исключения:

2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного лица в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
- все медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования;
- расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

3. Порядок оказания медицинских услуг

3.1. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в поликлинику, указанную в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются в режиме работы поликлиники при наличии договора страхования, пропуска, если этого требует поликлиника, и документа, удостоверяющего личность.

3.2. В случае если в поликлинике, указанной в договоре страхования, не оказываются

рекомендованные врачом медицинские услуги, Страховщик организует оказание необходимой услуги в другом равноценном лечебном учреждении. Застрахованное лицо обязано для согласования своих действий по получению указанных услуг обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, в противном случае Страховщик имеет право отказать в их оплате.

Программа №2 «Стоматологическая помощь»

Категория «Оптимум»

Программа предусматривает выполнение по медицинским показаниям необходимых диагностических, терапевтических, хирургических и иных лечебных услуг, по поводу острого и обострения хронического заболевания зубов и слизистой оболочки полости рта, а также лечения травматических повреждений мягких тканей полости рта:

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

1.1. Общие виды стоматологической помощи:

- консультации врачей – специалистов с заполнением зубной формулы, составление плана лечения;
- рентгенография или компьютерная радиовизиография отдельных зубов;
- местная аппликационная, инфильтрационная и проводниковая анестезия;
- физиотерапевтическое лечение - по медицинским показаниям.

1.2. Терапевтическая стоматология:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием современных методик и пломбировочных материалов, в том числе светоотверждаемых, лечебных и изолирующих прокладок (восстановление коронковой части зуба при условии ее разрушения не более чем на 50%);
- лечение острого и обострения хронического пульпита с пломбированием корневых каналов гуттаперчей, пломбированием коронки зуба современными пломбировочными материалами, в том числе светоотверждаемыми, при сохранении не менее 50% коронковой части зуба;
- снятие наддесневых зубных отложений (зубного камня) при наличии острого и обострения хронического пародонтита в области зубов, в отношении которых производится лечение кариеса и его осложнений;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка.

1.3. Хирургическая стоматология:

- простые и сложные удаления зубов;
- хирургическое лечение перикоронарита;
- вскрытие инфильтратов и абсцессов;
- иссечение капюшона при затрудненном прорезывании зуба мудрости, в случае неэффективности консервативного лечения;
- неотложная стоматологическая помощь (в часы приема).

1.4. Виды медицинской помощи, выполняемые по согласованию со Страховщиком:

- лечение проблемного корневого канала методом депофореза;
- снятие зубного камня и зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению;
- лечение пародонтоза;
- лечение стоматита;
- лечение гингивита и заболеваний пародонта.

2. Исключения:

2.1. Предоставление медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- онкологические заболевания (включая доброкачественные), гемобластозы;
- заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалиями развития;

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного лица в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия и/или подготовки к профессиональным соревнованиям;
- реконструктивно-восстановительное оперативное лечение; все виды протезирования;
- профилактические осмотры и диспансеризация;
- компенсация расходов застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов; медицинского оборудования и приборов, аппаратов и имплантатов, а также расходы на подгонку корригирующих медицинских устройств и приспособлений;
- лечение заболеваний пародонта и терапевтическое лечение периодонтитов, за исключением купирования острых явлений.
- лечение не кариозных поражений зубов, в т.ч. сколов зубов, клиновидного дефекта, гипоплазии эмали зубов, флюороза и прочих;
- ортодонтическое лечение, установка имплантатов, подготовка к протезированию, протезирование, в том числе микропротезирование, применение анкерных и парапульпарных штифтов, лечение вторичной адентии;
- замена пломб и пломбирование зубов с косметической целью;
- применение наркоза в стоматологии.

3. Порядок оказания медицинских услуг

- 3.1. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в поликлинику, указанную в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются в режиме работы поликлиники при наличии договора страхования, пропуска, если этого требует поликлиника, и документа, удостоверяющего личность.
- 3.2. В случае если в поликлинике, указанной в договоре страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, Страховщик организует оказание необходимой услуги в другом равноценном лечебном учреждении. Застрахованное лицо обязано для согласования своих действий по получению указанных услуг обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, в противном случае Страховщик имеет право отказать в их оплате.

Программа №3 «Скорая и неотложная медицинская помощь»

Программа направлена на улучшение медицинской помощи Застрахованным лицам, снижение заболеваемости, сокращение сроков временной нетрудоспособности.

Настоящая программа предусматривает оказание услуг скорой и неотложной помощи, а также экстренной медицинской транспортировки медицинскими учреждениями, оснащенными современными специализированными транспортными средствами и соответствующим оборудованием, при возникновении угрожающих жизни состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства.

1. Объем предоставляемых услуг:

- выезд бригады скорой и неотложной помощи, работающей по договору со Страховщиком;
- первичный осмотр Застрахованного лица, снятие ЭКГ и другая необходимая экспресс-диагностика;
- экстренные лечебные манипуляции: инъекции и вливания лекарственных препаратов, первичную обработку ран, перевязки, дачу кислорода;
- экстренную медицинскую транспортировку в медицинское учреждение для оказания специализированной помощи;
- оформление установленной медицинской документации;
- в исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи “03”.

2. Исключения:

2.1. Предоставление медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- онкологические заболевания (включая доброкачественные), гемобластозы;
- заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалиями развития;
- системные заболевания соединительной ткани, демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз), васкулиты.
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования органов и тканей; косметология;
- эпилепсия, эпилептиформный синдром, детский церебральный паралич;
- острые и хронические лучевые поражения, лучевая болезнь;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;
- сахарный диабет (I и II типов);
- психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их прямые последствия, возникшие в связи с этими заболеваниями (травмы, ожоги и др.);
- профессиональные заболевания;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), заболеваний передающихся преимущественно половым путем;
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.;
- острые и хронические вирусные гепатиты В,С,D и Е;
- псориаз, генерализованные микозы.

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного лица в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
- все медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования;
- расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

Программа №4 «Стационарная помощь»
Категория «Максимум»

Программа направлена на улучшение медицинской помощи Застрахованному лицу, снижение заболеваемости, сокращение сроков временной нетрудоспособности.

Настоящая программа предусматривает:

- высококачественное стационарное обслуживание Застрахованного лица в условиях повышенной оснащенности в ведомственных и других медицинских учреждениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования;
- доступность для Застрахованного лица современных диагностических, лечебных, профилактических медицинских мероприятий, в том числе дорогостоящих.

1. Общие положения:

В рамках настоящей программы действуют следующие определения:

- 1.1. **Экстренная госпитализация** осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного лица, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного лица или привести его к инвалидности, а также перевести острое заболевание в хроническое, если не будет оказана медицинская помощь в условиях стационара.
- 1.2. **Плановая госпитализация** осуществляется с целью обследования, хирургического или консервативного лечения Застрахованного лица, в случаях, когда необходимые диагностические и лечебные манипуляции невозможно провести в амбулаторных условиях и/или амбулаторная помощь оказывается неэффективной.
- 1.2.1. При **плановой госпитализации**, больные доставляются в стационар:
 - в случае обострения хронических заболеваний,
 - с целью обследования и уточнения диагноза,
 - из городского или иного стационара в стационар, указанный в договоре страхования,
 - с целью реабилитации Застрахованных лиц после перенесенных тяжелых заболеваний и травм.

2. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

- Комплексное клиническое обследование по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации врачей узких специальностей применительно к страховому случаю, расширенный объем диагностических, лабораторных и инструментальных исследований с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, эндоскопических методик, холтеровского мониторирования, иммуноферментного анализа и т.д.
- Пребывание в отделении интенсивной терапии, отделении реанимации.
- Расширенный объем лечебной помощи, проводимой в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая традиционные хирургические методики, рентгено-эндovasкулярную хирургию, лазерную хирургию и терапию, лапароскопические операции, литотрипсию, баротерапию, гемосорбцию, УФО крови и плазмаферез, лечебный массаж, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, занятия ЛФК, бальнеологические процедуры, использование операционной и послеоперационных палат и т.п.
- Трансплантация органов и тканей, все виды протезирования.
- Кардиохирургические и нейрохирургические вмешательства.
- Комплексное лечение онкологических заболеваний с применением химио- и радиотерапии и т.д.
- Консультации и другие профессиональные услуги врачей, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров, консилиумы и др.
- Пребывание в палатах повышенной комфортности, лечебное питание, уход медицинского персонала.
- Лечение и медицинские услуги в узкоспециализированных отделениях.

3. Исключения:

3.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях, если иное не установлено договором и программой страхования:

- туберкулез - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.

3.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- медицинские услуги, оказываемые в связи с покушением на самоубийство, членовредительство, совершение противоправных действий, подтвержденных решением органов предварительного следствия и/или суда, а также при несчастных случаях (травмах, отравлениях, ожогах, обморожениях), произошедших в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (если при обращении в ЛПУ Застрахованное лицо находилось в этом состоянии или факт опьянения подтвержден документально);
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
- все медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования;
- расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

4. Порядок оказания медицинских услуг:

4.1. В случае необходимости получения медицинской помощи (экстренной или плановой госпитализации) Застрахованное лицо или лицо, действующее в его интересах, обязаны обратиться в диспетчерский пулст Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу при наличии договора страхования и документа, удостоверяющего личность.

4.2. Застрахованное лицо госпитализируется бригадой неотложной медицинской помощи, определенной договором страхования, в рекомендованное врачом медицинское учреждение, из числа указанных в договоре страхования, которое при наличии соответствующих отделений и мест способно обеспечить необходимую медицинскую помощь.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи "03" и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного лица больницу.

Перевод Застрахованного лица в другие лечебные учреждения осуществляется только при наличии медицинских показаний и по согласованию со Страховщиком, через информационно-диспетчерскую службу.

4.3. Плановая госпитализация осуществляется после предоставления Застрахованным лицом медицинской документации: направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из неё, содержащих все необходимые результаты догоспитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется в стационар, указанный в договоре страхования, либо в иной стационар по согласованию сторон, в течение не более 10 дней с момента получения и проверки Страховщиком медицинской документации.

5. Особые условия

5.1. Страхователь или Застрахованное лицо возмещает понесенные Страховщиком расходы в следующих случаях:

- вызова бригады неотложной медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой медицинской помощи;
- отсутствия Застрахованного лица по указанному при вызове неотложной медицинской помощи адресу;
- вызова бригады неотложной медицинской помощи для лиц, не застрахованных по настоящей программе;
- вызова бригады неотложной медицинской помощи с целью получения плановых медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д., получения

медицинских документов: листков нетрудоспособности, справок, рецептов, медицинских заключений и т.д., а также для осуществления плановой госпитализации, в том числе в родильный дом;

- вызова бригады неотложной медицинской помощи к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя;

5.2. После оплаты перечисленных в п. 5.1. услуг Страховщик вправе потребовать возмещения Страхователем или Застрахованным лицом суммы оплаченного счета в соответствии с п.7.6. Правил.

Программа №4 «Стационарная помощь»

Категория «Оптимум»

Программа направлена на улучшение медицинской помощи Застрахованному лицу, снижение заболеваемости, сокращение сроков временной нетрудоспособности и предусматривает оказание Застрахованному лицу стационарной помощи в экстренном и плановом порядке в стационарах терапевтического и хирургического профиля в случае наступления страхового события: острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления.

Настоящая программа предусматривает:

- высококачественное стационарное обслуживание застрахованных в условиях повышенной оснащенности в ведомственных и других медицинских учреждениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования;
- доступность для Застрахованного лица современных диагностических, лечебных, профилактических медицинских мероприятий, в том числе дорогостоящих.

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей Застрахованное лицо имеет право на получение стационарной помощи в экстренном и плановом порядке в стационарах терапевтического и хирургического профиля:

- Комплексное клиническое обследование в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации врачей узких специальностей применительно к страховому случаю, расширенный, в рамках медицинских стандартов по поводу заболевания, объём диагностических, лабораторных и инструментальных исследований.
- Пребывание в отделении интенсивной терапии, отделении реанимации.
- Проведение консервативного лечения или выполнение оперативных вмешательств. Физиотерапевтическое лечение, лечебный (классический, сегментарный) массаж, занятия ЛФК предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- Консультации и другие профессиональные услуги врачей, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров и консилиумы.
- Лекарственные препараты, перевязочный материал, анестетики, кислород.
- Пребывание в одно- двух- трехместной палате, лечебное питание, уход медицинского персонала.
- Дорогостоящие услуги, такие как:
 - А) размещение в условиях палаты типа «полулюкс», «люкс», иных палатах повышенной оснащенности;
 - Б) инструментальные исследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии.

2. Исключения:

2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- онкологические заболевания (включая доброкачественные), гемобластозы;
- заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалиями развития;
- системные заболевания соединительной ткани, демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз), васкулиты.
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования органов и тканей; косметология;
- эпилепсия, эпилептиформный синдром, детский церебральный паралич;
- острые и хронические лучевые поражения, лучевая болезнь;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью,

требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;

- сахарный диабет (I и II типов);
- психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их прямые последствия, возникшие в связи с этими заболеваниями (травмы, ожоги и др.);
- профессиональные заболевания;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), заболеваний передающихся преимущественно половым путем;
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.;
- острые и хронические вирусные гепатиты В,С, D и Е;
- псориаз, генерализованные микозы.

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- любые медицинские услуги, не предписанные врачом;
- медицинские услуги, оказываемые в связи с покушением на самоубийство, членовредительство, совершение противоправных действий, подтвержденных решением органов предварительного следствия и/или суда, а также при несчастных случаях (травмах, отравлениях, ожогах, обморожениях), произошедших в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (если при обращении в ЛПУ Застрахованный находился в этом состоянии или факт опьянения подтвержден документально);
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия и/или подготовки к профессиональным соревнованиям;
- вакцинация и иммунопрофилактика, за исключением экстренной профилактики столбняка и бешенства;
- хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
- нетрадиционные методы диагностики и лечения: пульсовая, акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная, компьютерная, аурикулодиагностика, иридодиагностика, метод Фолля, энергоинформатика, гомеопатия, гирудотерапия, психотерапия; традиционные методы оздоровления (аутотренинг, лечение гипнозом, альфакапсула и др.);
- медицинские процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение или удаление ВМС; диагностика и лечение сексуальных расстройств, бесплодия и импотенции;
- диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с установлением беременности, осложнением беременности, дородовым и послеродовым наблюдением; прерывание беременности независимо от сроков беременности;
- экстракорпоральные методы лечения (программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, лазеротерапия крови), ГБО, озонотерапия, СИТ, бальнеолечение;
- диагностические и лечебные процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, в том числе удаление папиллом, бородавок, моллюсков; коррекция веса тела, выполняемые с целью улучшения психологического состояния застрахованного; реконструктивно-восстановительное оперативное лечение; все виды протезирования;
- любые оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, водные процедуры, бани и сауны и т.п.;
- проведение реабилитации в условиях восстановительных центров и отделений по комплексным программам, а также по путевкам в диспансерах, пансионатах, санаториях и других оздоровительных учреждениях; пребывание в стационаре по уходу за больными;
- профилактические осмотры и диспансеризация; медицинское обследование, проводимое с целью оформления посыльных листов в МСЭК, за исключением первичного освидетельствования при несчастном случае, наступившем в период действия договора страхования; справок для ГИБДД, поступления в учебные заведения, разрешения хранения и ношения оружия, для посещения бассейна, работы в торговых точках;
- компенсация расходов застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов; медицинского оборудования и приборов, очков, контактных

линз, слуховых аппаратов и имплантантов, а также расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений;

- лечение заболеваний пародонта и терапевтическое лечение периодонтитов, за исключением купирования острых явлений в периапикальных тканях пародонта;
- лечение не кариозных поражений зубов, в т.ч. сколов зубов, клиновидного дефекта, гипоплазии эмали зубов, флюороза и прочих;
- ортодонтическое лечение, установка имплантатов, подготовка к протезированию, протезирование, в том числе микропротезирование, применение анкерных и парапальпарных штифтов, лечение вторичной адентии;
- замена пломб и пломбирование зубов с косметической целью;
- применение наркоза в стоматологии.

3. Порядок оказания медицинских услуг

- 3.1. В случае необходимости получения медицинской помощи (экстренной или плановой госпитализации) Застрахованное лицо или лицо, действующее в его интересах, обязаны обратиться в диспетчерский пульт Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу при наличии договора страхования и документа, удостоверяющего личность.
- 3.2. Застрахованное лицо госпитализируется бригадой неотложной медицинской помощи, определенной договором страхования, в рекомендованное врачом медицинское учреждение, из числа указанных в договоре страхования, которое при наличии соответствующих отделений и мест способно обеспечить необходимую медицинскую помощь.
- В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи "03" и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного лица больницу.
- Перевод застрахованного в другие лечебные учреждения осуществляется только при наличии медицинских показаний и по согласованию со Страховщиком, через информационно-диспетчерскую службу.
- 3.3. Плановая госпитализация осуществляется после предоставления Застрахованным лицом медицинской документации: направления на плановую госпитализацию, амбулаторную карту или выписку из неё, содержащую все необходимые результаты до госпитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется в стационар, указанный в договоре страхования, либо в иной стационар по согласованию сторон, в течение не более 10 дней с момента получения и проверки Страховщиком медицинской документации.

4. Особые условия:

- 4.1. Страхователь или Застрахованное лицо возмещает понесенные Страховщиком расходы в следующих случаях:
- вызова бригады неотложной медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой медицинской помощи;
 - отсутствия Застрахованного лица по указанному при вызове неотложной медицинской помощи адресу;
 - вызова бригады неотложной медицинской помощи для лиц, не застрахованных по настоящей программе;
 - вызова бригады неотложной медицинской помощи с целью получения плановых медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д., получения медицинских документов: листов нетрудоспособности, справок, рецептов, медицинских заключений и т.д., а также для осуществления плановой госпитализации, в том числе в родильный дом;
 - вызова бригады неотложной медицинской помощи к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя;
- 4.2. После оплаты перечисленных в п. 4.1. услуг Страховщик вправе потребовать возмещения Страхователем или Застрахованным лицом суммы оплаченного счета в соответствии с п.7.6. Правил.

Программа №5 «Семейный (личный) врач»

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

1. Первичное обследование Застрахованного лица с использованием необходимых диагностических лабораторных и инструментальных методов исследования, и консультаций врачей различных специальностей.
2. Составление индивидуальной программы лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий на основе результатов проведенного обследования.
3. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья Застрахованного лица в течение всего срока страхования, включая активные посещения на дому и, при необходимости на рабочем месте;
4. Оказание помощи на дому при заболеваниях с привлечением врачей-консультантов других специальностей.
5. Контроль за качеством оказываемой медицинской помощи в случае стационарного лечения Застрахованного лица.

2. Исключения:

2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- онкологические заболевания (включая доброкачественные), гемобластозы;
- заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалиями развития;
- системные заболевания соединительной ткани, демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз), васкулиты.
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования органов и тканей; косметология;
- эпилепсия, эпилептиформный синдром, детский церебральный паралич;
- острые и хронические лучевые поражения, лучевая болезнь;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;
- сахарный диабет (I и II типов);
- психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их прямые последствия, возникшие в связи с этими заболеваниями (травмы, ожоги и др.);
- профессиональные заболевания;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), заболеваний передающихся преимущественно половым путем;
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.;
- острые и хронические вирусные гепатиты В,С,D и E;
- псориаз, генерализованные микозы.

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- любые медицинские услуги, не предписанные врачом;
- медицинские услуги, оказываемые в связи с покушением на самоубийство, членовредительство, совершение противоправных действий, подтвержденных решением органов предварительного следствия и/или суда, а также при несчастных случаях (травмах, отравлениях, ожогах, обморожениях), произошедших в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (если при обращении в ЛПУ Застрахованное лицо находилось в этом состоянии или факт опьянения подтвержден документально);
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного лица в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия и/или подготовки к профессиональным соревнованиям;
- вакцинация и иммунопрофилактика, за исключением экстренной профилактики столбняка и

бешенства;

- хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
- нетрадиционные методы диагностики и лечения: пульсовая, акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная, компьютерная, аурикулодиагностика, иридодиагностика, метод Фолля, энергоинформатика, гомеопатия, гирудотерапия, психотерапия; традиционные методы оздоровления (аутотренинг, лечение гипнозом, альфакапсула и др.);
- медицинские процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение или удаление ВМС; диагностика и лечение сексуальных расстройств, бесплодия и импотенции;
- диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с установлением беременности, осложнением беременности, родовым и послеродовым наблюдением; прерывание беременности независимо от сроков беременности;
- экстракорпоральные методы лечения (программный гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, лазеротерапия крови), ГБО, озонотерапия, СИТ, бальнеолечение;
- диагностические и лечебные процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, в том числе удаление папиллом, бородавок, моллюсков; коррекция веса тела, выполняемые с целью улучшения психологического состояния застрахованного; реконструктивно-восстановительное оперативное лечение; все виды протезирования;
- любые оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, водные процедуры, бани и сауны и т.п.;
- проведение реабилитации в условиях восстановительных центров и отделений по комплексным программам, а также по путевкам в диспансерах, пансионатах, санаториях и других оздоровительных учреждениях; пребывание в стационаре по уходу за больными;
- профилактические осмотры и диспансеризация; медицинское обследование, проводимое с целью оформления посыльных листов в МСЭК, за исключением первичного освидетельствования при несчастном случае, наступившем в период действия договора страхования; справок для ГИБДД, поступления в учебные заведения, разрешения хранения и ношения оружия, для посещения бассейна, работы в торговых точках;
- компенсация расходов застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов; медицинского оборудования и приборов, очков, контактных линз, слуховых аппаратов и имплантантов, а также расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.

Программа №6 «Реабилитационно - восстановительное лечение»

Реабилитационно - восстановительное лечение проводится с целью устранения последствий перенесенных заболеваний в условиях реабилитационных центров (отделений, загородных больниц, санаториев и т.п.) соответствующего профиля.

Организация и оплата Страховщиком восстановительного (реабилитационного) лечения производится на основании направления лечащего врача поликлиники и стационара на плановое реабилитационное лечение или оформленной санаторно-курортной карты.

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на предоставление следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

- 1.1. Консультации врачей-специалистов различного профиля по поводу заболевания, послужившего причиной направления на реабилитационно - восстановительное лечение.
- 1.2. Диагностические и лабораторные исследования, проводимые с целью определения эффективности полученного Застрахованным лицом лечения.
- 1.3. Физиотерапевтическое лечение, медикаментозное лечение, лечебное питание, грязелечение, водолечение, ароматерапия, гидротерапия, лазеротерапия, лечение методом гипербарической оксигенации, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, применение фито- и гомеопатических препаратов, климатотерапия, бальнеотерапия, метод психофизиологической коррекции, коррекция биоэнергетического статуса, лечебная гимнастика (физкультура) с использованием тренажеров, социальная адаптация, специальные методы лечения.
- 1.4. В случае стационарного лечения: размещение в одно- или двухместной палате, обеспечение медикаментами и медицинским имуществом, лечебное питание, уход медицинского персонала.

2. Исключения:

2.1. НЕ оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- туберкулез - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- все медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования;
- расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

Программа №7 «Врач офиса»

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи и связанных с ней услуг:

- 1.1. Плановое обслуживание закрепленным врачом-терапевтом по месту работы.
- 1.2. Сопровождение пациентов при проведении обследований и консультаций в случае необходимости.
- 1.3. Консультативная помощь по телефону.
- 1.4. Оказание медицинских услуг в офисе компании:
 - осмотр врача-терапевта, экспертиза нетрудоспособности;
 - измерение артериального давления, термометрия;
 - оказание первой врачебной и неотложной медицинской помощи;
 - оформление медицинской документации;
 - вызов скорой или неотложной медицинской помощи;
 - консультации в часы приема.
- 1.5. Оформляемая медицинская документация:
 - рецепты, за исключением льготных;
 - справки в бассейн (форма №1), справки о временной нетрудоспособности (форма №295);
 - направления на консультации узких специалистов и лабораторные исследования.

2. Исключения:

2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- онкологические заболевания (включая доброкачественные), гемобластозы;
- заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалиями развития;
- системные заболевания соединительной ткани, демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз), васкулиты.
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования органов и тканей; косметология;
- эпилепсия, эпилептиформный синдром, детский церебральный паралич;
- острые и хронические лучевые поражения, лучевая болезнь;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;
- сахарный диабет (I и II типов);
- психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их прямые последствия, возникшие в связи с этими заболеваниями (травмы, ожоги и др.);
- профессиональные заболевания;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), заболеваний передающихся преимущественно половым путем;
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.;
- острые и хронические вирусные гепатиты В,С, D и E;
- псориаз, генерализованные микозы.

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- любые медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования.

Программа №8 «Комплексная медицинская помощь»

Категория «Максимум».

Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам амбулаторно-поликлинической помощи, стоматологической помощи, скорой и неотложной помощи, стационарной медицинской помощи, помощи врача офиса, реабилитационно - восстановительного лечения в случае наступления страхового события: заболевания, травмы, отравления.

Программа направлена на улучшение медицинской помощи Застрахованным, снижение заболеваемости, сокращение сроков временной нетрудоспособности.

Настоящая программа предусматривает:

- высококачественное медицинское обслуживание Застрахованных в условиях повышенной оснащенности в ведомственных и других медицинских учреждениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования, с предоставлением полного комплекса необходимой медицинской помощи и иных услуг;
- доступность для Застрахованных современных диагностических, лечебных, профилактических медицинских мероприятий, в том числе дорогостоящих.

1. Объем предоставляемых услуг:

1.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

1.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим медицинским профилям: терапия, кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, аллергология, нефрология, эндокринология, инфекционные болезни, неврология, дерматология, проктология, хирургия, травматология, офтальмология, отоларингология, урология, гинекология, консультации врачей других специальностей, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров, консилиумы.

1.1.1.1. Лабораторные исследования:

- клинические анализы,
- биохимические исследования крови,
- гормональные исследования,
- онкомаркеры,
- иммунологические исследования,
- аллергологические исследования,
- микробиологические исследования,
- серологические исследования;
- диагностика инфекций методом ПЦР,
- цитологические исследования,
- гистологические исследования и др.

1.1.1.2. Функциональная диагностика:

- ультразвуковая диагностика,
- электрокардиография,
- электроэнцефалография,
- эхокардиография,
- спирография,
- доплеровское исследование сосудов,
- реоэнцефалография,
- УЗДГ сосудов головного мозга и др.

1.1.1.3. Диагностические и инструментальные исследования:

- рентгенологические исследования,
- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография;
- денситометрия,
- эндоскопические исследования внутренних органов (бронхоскопия, эзофагоскопия, гастроскопия, интестиноскопия, диагностическая лапароскопия, колоноскопия) и др.

1.1.1.4. Физиотерапевтическое лечение:

- магнитотерапия,
 - лазеротерапия,
 - ультразвуковая терапия,
 - фонофорез (ультразвуковая терапия с лекарственным веществом),
 - электрофорез,
 - электролечения (УВЧ-терапия; ДДТ (диадинамические токи Бернара), СМВ, ДМВ (микроволновая терапия, дарсонвализация),
 - лечебный массаж,
 - иглорефлексотерапия,
 - мануальная терапия,
 - занятия ЛФК,
 - светолечение,
 - ингаляции и др.
- 1.1.2. Профилактические осмотры, проводимые с целью раннего выявления и лечения заболеваний, в том числе ежегодная диспансеризация и противорецидивное лечение.
- 1.1.3. Оказание врачебной помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается на территории, предусмотренной договором страхования.
- 1.1.4. Вакцинацию по эпидемическим показаниям и с профилактической целью.
- 1.1.5. Оформление и получение медицинской документации: листков временной нетрудоспособности, санаторно-курортных карт, заключений о состоянии здоровья, выписок из амбулаторных карт и т.д.

1.2. «Стоматологическая помощь»:

- 1.2.1. Общие виды стоматологической помощи:
- консультации врачей – специалистов с заполнением зубной формулы, составление плана лечения;
 - рентгенография или компьютерная радиовизиография отдельных зубов;
 - местная аппликационная, инфильтрационная и проводниковая анестезия;
 - физиотерапевтическое лечение - по медицинским показаниям.
- 1.2.2. Терапевтическая стоматология:
- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием современных методик и пломбировочных материалов, в том числе светоотверждаемых, лечебных и изолирующих прокладок;
 - лечение острого и обострения хронического пульпита, в том числе с пломбированием корневых каналов, пломбированием коронки зуба современными пломбировочными материалами, в том числе светоотверждаемыми;
 - терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта;
 - профессиональная гигиена полости рта (снятие пигментных налетов, налета курильщика, мягких и твердых зубных отложений, в том числе с помощью ультразвука), отбеливание зубов;
 - лечение не кариозных поражений зубов, в т.ч. сколов зубов, клиновидного дефекта, гипоплазии эмали зубов, флюороза и прочих;
 - ортодонтические виды лечения;
 - лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка;
 - зубопротезирование, включая подготовку к нему.
- 1.2.3. Хирургическая стоматология:
- удаление зубов;
 - вскрытие инфильтратов и абсцессов;
 - иссечение капюшона при затрудненном прорезывании зуба мудрости, в случае неэффективности консервативного лечения;
 - имплантация зубов;
 - неотложная стоматологическая помощь (в часы приема).

1.3. «Скорая и неотложная медицинская помощь»:

- выезд бригады скорой и неотложной помощи, работающей по договору со Страховщиком;
- первичный осмотр больного, снятие ЭКГ и другую необходимую экспресс-диагностику;

- экстренные лечебные манипуляции: инъекции и вливания лекарственных препаратов, первичную обработку ран, перевязки, дачу кислорода;
- экстренную медицинскую транспортировку в медицинское учреждение для оказания специализированной помощи;
- оформление установленной медицинской документации;
- в исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи “03”.

1.4. «Стационарная помощь» (в экстренном и плановом порядке в стационарах терапевтического и хирургического профиля):

- 1.4.1. Комплексное клиническое обследование по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации врачей узких специальностей применительно к страховому случаю, расширенный объём диагностических, лабораторных и инструментальных исследований с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, эндоскопических методик, холтеровского мониторирования, иммуноферментного анализа и т.д.
- 1.4.2. Пребывание в отделении интенсивной терапии, отделении реанимации.
- 1.4.3. Расширенный объём лечебной помощи, проводимой в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая традиционные хирургические методики, рентгено-эндovasкулярную хирургию, лазерную хирургию и терапию, лапароскопические операции, литотрипсию, баротерапию, гемосорбцию, УФО крови и плазмаферез, лечебный массаж, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, занятия ЛФК, бальнеологические процедуры, использование операционной и послеоперационных палат и т.п.
- 1.4.4. Трансплантация органов и тканей, все виды протезирования.
- 1.4.5. Кардиохирургические и нейрохирургические вмешательства.
- 1.4.6. Комплексное лечение онкологических заболеваний с применением химио- и радиотерапии и т.д.
- 1.4.7. консультации и другие профессиональные услуги врачей, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров и консилиумы и др.
- 1.4.8. Пребывание в палатах повышенной комфортности, лечебное питание, уход медицинского персонала и др.
- 1.4.9. Лечение и медицинские услуги в узкоспециализированных отделениях.

1.5. «Врач офиса»:

- 1.5.1. Плановое обслуживание закрепленным врачом-терапевтом по месту работы.
- 1.5.2. Сопровождение пациентов при проведении обследований и консультаций в случае необходимости;
- 1.5.3. Консультативная помощь по телефону.
- 1.5.4. Оказание медицинских услуг в офисе компании:
 - осмотр врача-терапевта, экспертиза нетрудоспособности;
 - измерение артериального давления, термометрия;
 - оказание первой врачебной и неотложной медицинской помощи;
 - оформление медицинской документации;
 - вызов скорой или неотложной медицинской помощи;
 - консультации в часы приема.
- 1.5.5. Оформляемая медицинская документация:
 - рецепты, за исключением льготных;
 - справки в бассейн (форма №1), справки о временной нетрудоспособности (форма №295);
 - направления на консультации узких специалистов и лабораторные исследования.

1.6. «Реабилитационно - восстановительное лечение»:

- 1.6.1. Консультации врачей-специалистов различного профиля по поводу заболевания, послужившего причиной направления на реабилитационно - восстановительное лечение.
- 1.6.2. Диагностические и лабораторные исследования, проводимые с целью определения

- эффективности полученного Застрахованным лечения.
- 1.6.3. Физиотерапевтическое лечение, медикаментозное лечение, лечебное питание, грязелечение, водолечение, ароматерапия, гидротерапия, лазеротерапия, лечение методом гипербарической оксигенации, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, применение фито- и гомеопатических препаратов, климатотерапия, бальнеотерапия, метод психофизиологической коррекции, коррекция биоэнергетического статуса, лечебная гимнастика (физкультура) с использованием тренажеров, социальная адаптация, специальные методы лечения.
- 1.6.4. В случае стационарного лечения: размещение в одно- или двухместной палате, обеспечение медикаментами и медицинским имуществом, лечебное питание, уход медицинского персонала и др.

2. Исключения:

- 2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:
- туберкулез - независимо от клинической формы и стадии процесса;
 - СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.
- 2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:
- медицинские услуги, оказываемые в связи с покушением на самоубийство, членовредительство, совершение противоправных действий, подтвержденных решением органов предварительного следствия и/или суда, а также при несчастных случаях (травмах, отравлениях, ожогах, обморожениях), произошедших в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (если при обращении в ЛПУ Застрахованное лицо находилось в этом состоянии или факт опьянения подтвержден документально);
 - травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
 - все медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования;
 - расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

3. Порядок оказания медицинских услуг:

- 3.1. Для получения амбулаторных медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в поликлинику, указанную в договоре страхования, или в круглосуточный пульт Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются в режиме работы поликлиники при наличии договора страхования, пропуска, если этого требует поликлиника и документа, удостоверяющего личность.
- 3.2. В случае если в поликлинике, указанной в договоре страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, Страховщик организует оказание необходимой услуги в другом равноценном лечебном учреждении. Застрахованный обязан для согласования своих действий по получению указанных услуг обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, в противном случае Страховщик имеет право отказать в их оплате.
- 3.3. В случае необходимости получения экстренной медицинской помощи Застрахованное лицо или лицо, действующее в его интересах, обязаны обратиться в круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика или скорой медицинской помощи по телефонам, указанным в договоре страхования.
- 3.4. Застрахованное лицо госпитализируется бригадой скорой медицинской помощи в рекомендованное врачом медицинское учреждение из числа указанных в договоре страхования, которое при наличии соответствующих отделений и мест способно обеспечить необходимую медицинскую помощь. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, скорая медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного лица больницу.

- 3.5. Плановая госпитализация осуществляется после предоставления медицинской документации: направления на плановую госпитализацию, амбулаторную карту или выписку из неё, содержащую результаты необходимого до госпитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется стационар, указанный в договоре страхования, либо в иной стационар, по согласованию сторон, в течение не более 10 дней с момента получения и проверки Страховщиком медицинской документации.
- 3.6. При необходимости восстановительного (реабилитационного) лечения Застрахованное лицо обращается в круглосуточный пункт Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования и предоставляет оформленную лечащим врачом санаторно-курортную карту или направление на плановое реабилитационное лечение.

Программа №8 «Комплексная медицинская помощь»

Категория «Оптимум»

Настоящая программа предусматривает предоставление застрахованному лицу амбулаторно-поликлинической, стоматологической, стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи в случае наступления страхового события: острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления.

1. Объём предоставляемых услуг:

1.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

1.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим медицинским профилям: терапия, кардиология, гастроэнтерология, пульмонология, аллергология, нефрология, эндокринология, инфекционные болезни, неврология, дерматология, проктология, хирургия, травматология, офтальмология, отоларингология, урология, гинекология, консультации врачей других специальностей – в объеме первичной диагностики и выработки рекомендаций, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров, консилиумы.

1.1.2. Лабораторные, диагностические и инструментальные исследования:

1.1.2.1. Лабораторные исследования:

- клинические анализы,
- биохимические исследования крови,
- гормональные исследования (Т3, Т4, ТТГ) – не более 1 раза за период страхования,
- микробиологические исследования (первичная диагностика кишечных инфекций и дифтерии),
- серологические исследования;
- анализ крови на онкомаркеры (на один онкомаркер за период страхования);
- иммунологические исследования – общий IgE, антитела к тиреоглобулину и к ТПО;
- исследования методом ИФА;
- диагностика инфекций методом ПЦР – не более 5 инфекций за период страхования, в том числе диагностика инфекций, передающихся половым путем,
- цитологические исследования,
- гистологические исследования.

1.1.2.2. Функциональная диагностика:

- ультразвуковая диагностика,
- электрокардиография,
- электроэнцефалография,
- эхокардиография (не более 1 раза за период страхования),
- спирография,
- доплеровское исследование сосудов,
- реоэнцефалография,
- УЗДГ сосудов головного мозга.

1.1.2.3. Диагностические и инструментальные исследования:

- Рентгенологические исследования,
- эндоскопические исследования внутренних органов (бронхоскопия, эзофагоскопия, гастроскопия, интестиноскопия, колоноскопия).

1.1.3. Восстановительные методы лечения: физиотерапевтическое (электролечение, светолечение, теплолечение, ультразвуковая терапия, магнито- и лазеротерапия (кроме внутривенной), ингаляции, классический или сегментарный массаж (не более 2-х анатомических областей одновременно), ЛФК – до 10 сеансов (процедур) каждого вида восстановительного лечения в год и не более 2-х видов лечебного воздействия одновременно по каждому случаю заболевания.

1.1.4. Оказание врачебной помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается на территории, предусмотренной договором страхования.

1.1.5. Проведение экспертизы трудоспособности с оформлением листов временной нетрудоспособности, а также медицинских справок.

1.1.6. Дорогостоящие медицинские услуги, выполняемые строго по медицинским показаниям и по согласованию со страховой компанией:

- компьютерная томография;
- диагностика инфекций методом ПЦР - более 5 исследований,
- эхокардиография - более 1 раза за период страхования,
- гормональные исследования (Т3, Т4, ТТГ) - более 1 раза за период страхования,
- магнитно-резонансная томография;
- иммунологические исследования;
- лечение в условиях дневного стационара;
- иглорефлексотерапия;
- мануальная терапия.

1.2. «Стоматологическая помощь»:

1.2.1. Общие виды стоматологической помощи:

- консультации врачей – специалистов с заполнением зубной формулы, составление плана лечения;
- рентгенография или компьютерная радиовизиография отдельных зубов;
- местная аппликационная, инфильтрационная и проводниковая анестезия;
- физиотерапевтическое лечение - по медицинским показаниям.

1.2.2. Терапевтическая стоматология:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием современных методик и пломбировочных материалов, в том числе светоотверждаемых, лечебных и изолирующих прокладок (восстановление коронковой части зуба при условии ее разрушения не более чем на 50%);
- лечение острого и обострения хронического пульпита с пломбированием корневых каналов гуттаперчей, пломбированием коронки зуба современными пломбировочными материалами, в том числе светоотверждаемыми, при сохранении не менее 50% коронковой части зуба;
- снятие наддесневых зубных отложений (зубного камня) при наличии острого и обострения хронического пародонтита в области зубов, в отношении которых производится лечение кариеса и его осложнений;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка.

1.2.3. Хирургическая стоматология:

- простые и сложные удаления зубов;
- хирургическое лечение перикоронарита;
- вскрытие инфильтратов и абсцессов;
- иссечение капюшона при затрудненном прорезывании зуба мудрости, в случае неэффективности консервативного лечения;
- неотложная стоматологическая помощь (в часы приема).

1.2.4. Виды медицинской помощи, выполняемые по согласованию со Страховщиком:

- лечение проблемного корневого канала методом депофореза;
- снятие зубного камня и зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению;
- лечение пародонтоза;
- лечение стоматита;
- лечение гингивита и заболеваний пародонта.

1.3. «Скорая и неотложная медицинская помощь»:

- выезд бригады скорой и неотложной помощи, работающей по договору со Страховщиком;
- первичный осмотр больного, снятие ЭКГ и другую необходимую экспресс-диагностику;
- экстренные лечебные манипуляции: инъекции и вливания лекарственных препаратов, первичную обработку ран, перевязки, дачу кислорода;
- экстренную медицинскую транспортировку в медицинское учреждение для оказания специализированной помощи;
- оформление установленной медицинской документации;
- в исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи “03”.

1.4. «Стационарная помощь» (в экстренном и плановом порядке в стационарах терапевтического и хирургического профиля):

- 1.4.1. Комплексное клиническое обследование в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации врачей узких специальностей применительно к страховому случаю, расширенный, в рамках медицинских стандартов по поводу заболевания, объём диагностических, лабораторных и инструментальных исследований.
- 1.4.2. Пребывание в отделении интенсивной терапии, отделении реанимации;
- 1.4.3. Проведение консервативного лечения или выполнение оперативных вмешательств. Физиотерапевтическое лечение, лечебный (классический, сегментарный) массаж, занятия ЛФК предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- 1.4.4. Консультации и другие профессиональные услуги врачей, в том числе альтернативные консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, специализированных научных центров и консилиумы.
- 1.4.5. Лекарственные препараты, перевязочный материал, анестетики, кислород.
- 1.4.6. Пребывание в стационаре, лечебное питание, уход медицинского персонала.
- 1.4.7. Услуги, предоставляемые по согласованию со Страховщиком:
 - размещение в условиях палаты типа «полулюкс», «люкс», иных палатах повышенной оснащенности;
 - инструментальные исследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии.

2. Исключения:

2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг (за исключением первичной диагностики) при следующих заболеваниях и связанных с ними осложнениях:

- онкологические заболевания (включая доброкачественные), гемобласты;
- заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией, аномалиями развития;
- системные заболевания соединительной ткани, демиелинизирующие заболевания нервной системы (рассеянный склероз), васкулиты.
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, - независимо от клинической формы и стадии процесса;
- заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования органов и тканей; косметология;
- эпилепсия, эпилептиформный синдром, детский церебральный паралич;
- острые и хронические лучевые поражения, лучевая болезнь;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;
- сахарный диабет (I и II типов);
- психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их прямые последствия, возникшие в связи с этими заболеваниями (травмы, ожоги и др.);
- профессиональные заболевания;
- СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), заболеваний передающихся преимущественно половым путем;
- особо опасные инфекции, в том числе: чума, холера, сибирская язва и др.;
- острые и хронические вирусные гепатиты В,С, D и Е;
- псориаз, генерализованные микозы.

2.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- любые медицинские услуги, не предписанные врачом;
- медицинские услуги, оказываемые в связи с покушением на самоубийство, членовредительство, совершение противоправных действий, подтвержденных решением органов предварительного следствия и/или суда, а также при несчастных случаях (травмах, отравлениях, ожогах, обморожениях), произошедших в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (если при обращении в ЛПУ Застрахованный находился в этом состоянии или факт опьянения подтвержден документально);

- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия Застрахованного в гражданских беспорядках или военных действиях, а также при обращении с оружием, в т.ч. с газовым и спортивным;
- травмы, увечья и заболевания, полученные в результате участия и/или подготовки к профессиональным соревнованиям;
- вакцинация и иммунопрофилактика, за исключением экстренной профилактики столбняка и бешенства;
- хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
- нетрадиционные методы диагностики и лечения: пульсовая, акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная, компьютерная, аурикулодиагностика, иридодиагностика, метод Фолля, энергоинформатика, гомеопатия, гирудотерапия, психотерапия; традиционные методы оздоровления (аутотренинг, лечение гипнозом, альфакапсула и др.);
- медицинские процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение или удаление ВМС; диагностика и лечение сексуальных расстройств, бесплодия и импотенции;
- диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с установлением беременности, осложнением беременности, дородовым и послеродовым наблюдением; прерывание беременности независимо от сроков беременности;
- экстракорпоральные методы лечения (программный гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, лазеротерапия крови), ГБО, озонотерапия, СИТ, бальнеолечение;
- диагностические и лечебные процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, в том числе удаление папиллом, бородавок, моллюсков; коррекция веса тела, выполняемые с целью улучшения психологического состояния застрахованного; реконструктивно-восстановительное оперативное лечение; все виды протезирования;
- любые оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, водные процедуры, бани и сауны и т.п.;
- проведение реабилитации в условиях восстановительных центров и отделений по комплексным программам, а также по путевкам в диспансерах, пансионатах, санаториях и других оздоровительных учреждениях; пребывание в стационаре по уходу за больными;
- профилактические осмотры и диспансеризация; медицинское обследование, проводимое с целью оформления посыльных листов в МСЭК, за исключением первичного освидетельствования при несчастном случае, наступившем в период действия договора страхования; справок для ГИБДД, поступления в учебные заведения, разрешения хранения и ношения оружия, для посещения бассейна, работы в торговых точках;
- компенсация расходов застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов; медицинского оборудования и приборов, очков, контактных линз, слуховых аппаратов и имплантатов, а также расходы на подгонку корригирующих медицинских устройств и приспособлений;
- лечение заболеваний пародонта и терапевтическое лечение периодонтитов, за исключением купирования острых явлений в периапикальных тканях пародонта;
- лечение не кариозных поражений зубов, в т.ч. сколов зубов, клиновидного дефекта, гипоплазии эмали зубов, флюороза и прочих;
- ортодонтическое лечение, установка имплантатов, подготовка к протезированию, протезирование, в том числе микропротезирование, применение анкерных и парапульпарных штифтов, лечение вторичной адентии;
- замена пломб и пломбирование зубов с косметической целью;
- применение наркоза в стоматологии.

3. Порядок оказания медицинских услуг:

- 3.1. Для получения амбулаторных медицинских услуг Застрахованный должен обратиться в поликлинику, указанную в договоре страхования, или в круглосуточный пульт Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования. Медицинские услуги оказываются в режиме работы поликлиники при наличии договора страхования, пропуска, если этого требует поликлиника и документа, удостоверяющего личность.
- 3.2. В случае если в поликлинике, указанной в договоре страхования, не оказываются

рекомендованные врачом медицинские услуги, Страховщик организует оказание необходимой услуги в другом равноценном лечебном учреждении.

Застрахованный обязан для согласования своих действий по получению указанных услуг обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, в противном случае Страховщик имеет право отказать в их оплате.

- 3.3. В случае необходимости получения экстренной медицинской помощи Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, обязаны обратиться в круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика или скорой медицинской помощи по телефонам, указанным в договоре страхования.
- 3.4. Застрахованный госпитализируется бригадой скорой медицинской помощи в рекомендованное врачом медицинское учреждение из числа указанных в договоре страхования, которое при наличии соответствующих отделений и мест способно обеспечить необходимую медицинскую помощь.
В исключительных случаях, по жизненным показаниям, скорая медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного больницу.
- 3.5. Плановая госпитализация осуществляется после предоставления медицинской документации: направления на плановую госпитализацию, амбулаторную карту или выписку из неё, содержащую результаты необходимого до госпитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется стационар, указанный в договоре страхования, либо в иной стационар, по согласованию сторон, в течение не более 10 дней с момента получения и проверки Страховщиком медицинской документации.
- 3.6. Страхователь или Застрахованный возмещает понесенные Страховщиком расходы в следующих случаях:
 - 3.6.1. вызова бригады скорой медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой медицинской помощи;
 - 3.6.2. отсутствия Застрахованного по указанному при вызове скорой медицинской помощи адресу;
 - 3.6.3. вызова бригады скорой медицинской помощи для лиц, не застрахованных по настоящей программе;
 - 3.6.4. вызова бригады скорой медицинской помощи с целью получения плановых медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д., получения медицинских документов: листов нетрудоспособности, справок, рецептов, медицинских заключений и т.д., а также для осуществления плановой госпитализации, в том числе в родильный дом;
 - 3.6.5. вызова бригады скорой медицинской помощи к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя.
- 3.7. После оплаты перечисленных в п.п. 3.6.1.- 3.6.5. услуг Страховщик вправе потребовать возмещения Страхователем суммы оплаченного счета в соответствии с п.7.6 Правил.

Программа №8 «Комплексная медицинская помощь»

Категория «Комфорт»

В рамках настоящей Программы предоставляется медицинская помощь и связанные с ней услуги при паразитарных заболеваниях, болезнях нервной системы, болезнях эндокринной системы, болезнях крови, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы; инфекциях, передающихся преимущественно половым путем (первичный курс лечения с контрольным анализом); болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при травмах, отравлениях и других несчастных случаях, кроме перечисленных в пункте 2.

1. Объем предоставляемых услуг:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение диагностики и лечения заболеваний в поликлинике:

1.1.1. Лечебно-диагностические приемы врачей в поликлинике:

- терапевта, хирурга, гинеколога, гастроэнтеролога, ревматолога, уролога, аллерголога-иммунолога, отоларинголога, эндокринолога, дерматолога, стоматолога, офтальмолога, невролога, проктолога, кардиолога, психотерапевта, инфекциониста, онколога, пульмонолога, физиотерапевта, врача лечебной физкультуры.

1.1.2. Выдача:

- листков нетрудоспособности, медицинских справок (включая справки для ГИБДД, хранения и ношения оружия, трудоустройства, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, поступления в учебные заведения);
- выписывание рецептов (включая льготные рецепты).

1.1.3. Диагностические исследования в подразделениях:

- лабораторная диагностика: биохимические, общеклинические, серологические исследования, микробиологические, цитологические и клинико-морфологические исследования;
- рентгенодиагностика, компьютерная томография;
- ультразвуковые исследования (не более 2-х по каждой исследуемой области в течение года, исключая экстренные случаи);
- функциональная диагностика;
- радиоизотопные исследования;
- эндоскопические исследования.

1.1.4. Лечебные процедуры:

- физиотерапия: электро-, свето-, теплотечение, лазеротерапия, ингаляционная терапия;
- массаж (до 10 сеансов в год);
- иглорефлексотерапия (до 10 сеансов в год);
- мануальная терапия;
- грязелечение (до 10 сеансов в год);
- лечебная физкультура;
- водолечебница (ванны – до 10 сеансов в год, души – до 10 сеансов в год).

1.2. Стоматологическая помощь (без протезирования), кроме услуг, указанных в пункте 2:

- лечение зубов с обезболиванием;
- лечение заболеваний пародонта в стадии обострения;
- лечение острой зубной боли, включая хирургическую помощь.

1.3. Медицинская помощь на дому:

- осмотр и рекомендации врача-терапевта на дому в тяжелых случаях;
- выезд бригады «скорой помощи» для оказания неотложной помощи, при необходимости – госпитализация.

1.4. «Стационарная помощь» (экстренная госпитализация – без ограничения, плановая госпитализация – не более 21 дня в течение года) по специальностям:

- терапия, кардиология, неврология, ревматология, гастроэнтерология, нефрология, эндокринология, реаниматология, гинекология, урология, общая хирургия, колопроктология, гнойная хирургия, отоларингология, травматология и ортопедия.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ

- диагностические исследования и лечебные процедуры, проводимые в большем объеме, чем указано в программе, в том числе и по желанию пациента (при отсутствии противопоказаний);
- мини-аборты;
- озонотерапия;
- гидромассажная ванна;
- косметические процедуры в дерматологии, в том числе консультация пластического хирурга;
- подбор и установка контактных линз;
- в стоматологии: стоматологические услуги, а именно: глубокое фторирование; закрытие одной фиссуры герметиком из светоотверждаемого композита; пломба из светоотверждаемого композита (косметическая); пломба из материала Fuji; восстановление формы зуба при отсутствии твердых тканей больше 50% коронки зуба; шинирование подвижных зубов при заболеваниях пародонта (1 зуб) (стоимость световой пломбы и нити); восстановление зубного ряда (одной единицы) с применением стекловолоконных материалов и фотополимеров; отбеливание зубов; операция по вживлению пластинчатого импланта; операция по установлению винтового импланта; формирование десневой манжетки; замещение мелких дефектов костной ткани материалом «Биоматрикс-имплант» (один дефект); анкерный штифт с фиксацией его в корневом канале; депульпирование интактных зубов в целях протезирования;
- необоснованный вызов бригады «скорой помощи»;
- в стационаре: артроскопические операции, операции по пластической хирургии, урогинекологические операции при недержании мочи у женщин, лапароскопические операции при бесплодии, склерозирование вен, при варикозной болезни нижних конечностей.

Программа №9 «Дородовое наблюдение беременных женщин»

Настоящая программа предусматривает:

- высококачественное медицинское обслуживание застрахованных беременных женщин, начиная с 8 недель, в ведомственных и других медицинских учреждениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования, с предоставлением комплекса медицинской помощи при дородовом наблюдении;
- доступность для Застрахованного лица современных диагностических, лечебных, профилактических медицинских мероприятий, в том числе дорогостоящих;

1. Объём предоставляемых услуг

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение специализированной амбулаторной медицинской помощи, необходимой при дородовом наблюдении за беременными женщинами (услуги поликлиники(женской консультации)):

- 1.1. Приемы врача акушера-гинеколога (не менее 11 приемов).
- 1.2. Прием врача стоматолога.
- 1.3. Прием врача терапевта (2 приема).
- 1.4. Диагностические методы исследования:
 - Клинический анализ крови в динамике (не менее 5 исследований);
 - Анализ мочи в динамике (не менее 12 исследований);
 - Анализ мочи по Нечипоренко (2 исследования)
 - Анализ мочи по Зимницкому (1 исследование)
 - Биохимический анализ крови (3 исследования);
 - Определение группы крови и резус фактор (не менее 1 исследования);
 - ЭКГ (1 исследование);
 - Мазок на флору из влагалища в динамике – при первой явке, в 28 недель и в 34-36 недель беременности;
 - УЗИ беременности (по 1 исследованию в каждом триместре);
 - Кардиотокограмма плода (исследуется состояние плода в течение 1-го часа - запись сердцебиения плода) – после 32 недель.
- 1.5. Выдача обменной карты беременной (в сроке 24 недель беременности).
- 1.6. Выдача больничного листа по дородовому отпуску и послеродовому отпуску с 30 недель.
- 1.7. Выдача больничного листа по состоянию здоровья беременной.

2. Порядок оказания медицинских услуг:

- 2.1. Для получения амбулаторных медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в поликлинику, указанную в договоре страхования, или в круглосуточный пулст Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования.
Медицинские услуги оказываются в режиме работы поликлиники при наличии договора страхования, пропуска, если этого требует поликлиника и документа, удостоверяющего личность.
- 2.2. В случае если в поликлинике, указанной в договоре страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, Страховщик организует оказание необходимой услуги в другом равноценном лечебном учреждении.
Застрахованное лицо обязано для согласования своих действий по получению указанных услуг обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования, в противном случае Страховщик имеет право отказать в их оплате.

Программа №10 «Родовспоможение»

Программа направлена на улучшение медицинской помощи застрахованным беременным женщинам и новорожденным, снижение заболеваемости.

Настоящая программа предусматривает:

- высококачественное медицинское обслуживание застрахованных беременных женщин, в ведомственных и других медицинских учреждениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования, с предоставлением полного комплекса медицинской помощи при родовспоможении;
- доступность для Застрахованного лица современных диагностических, лечебных, профилактических медицинских мероприятий, в том числе дорогостоящих.

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Застрахованное лицо имеет право на получение следующей медицинской помощи:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу, по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности:

- Консультация лечащего врача с выработкой окончательной тактики ведения родов: роды через естественные родовые пути.
- Ультразвуковое исследование в медицинских отделениях.
- Лабораторно-диагностические обследования, включающие в себя исследования на носительство HBs и HBc антигенов, резус-антитела, RW, ВИЧ, клинические анализы крови и мочи. При выявлении у Застрахованного специфических, хронических очагов инфекции вопрос о возможности проведения родов решается в индивидуальном порядке.

1.2. Стационарная помощь:

- Госпитализация Застрахованного лица при начале родовых схваток, а также при скоромощной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод и кровяных выделений.
- Использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и фракционного обезболивания, палатах интенсивной терапии.
- Обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и желания Застрахованного лица (роженицы), осуществляется в следующих видах:

А) эпидуральная (спинномозговая) анестезия;

Б) внутривенный наркоз;

В) внутримышечное обезболивание;

Г) масочная ингаляция закисно-кислородной смесью.

- Использование одноразового инструментария: шприцев, игл, перчаток, режущего инструмента, белья при приеме родов, внутривенных катетеров и т.п.
- Ведение родов предусмотрено с обязательным присутствием медицинской бригады, в которую входят:

А) акушер-гинеколог,

Б) анестезиолог (при необходимости проведения анестезии),

В) неонатолог – педиатр,

Г) акушерка.

- По совместному желанию родителей и при отсутствии медицинских противопоказаний – присутствие супруга на родах.
- После родов Страховщик организует размещение Застрахованной в 1-2-х местной палате со всеми удобствами в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами.
- В случае не осложненных родов пребывание родильницы и новорожденного в отделениях стационара предусмотрено в течение 3-4-х дней с момента рождения ребенка.
- Для профилактики заболеваний Застрахованного лица (матери и новорожденного) в стационаре предусмотрена возможность их совместного пребывания. Противопоказания к совместному пребыванию матери и новорожденного определяет врач акушер-гинеколог. В невозможности совместного пребывания матери 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.

2. Особые условия:

- 2.1. Страховщик организует предоставление вышеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик лечения.
- 2.2. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Застрахованное лицо обязано незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и администрацию ЛПУ.
- 2.3. При возникновении у Застрахованного лица острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения.
- 2.4. Застрахованное лицо обязано:
 - Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.
 - Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения медицинских услуг. Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало договор страхования другому лицу с целью получения им медицинских услуг, Страховщик вправе не оплачивать медицинские услуги, предоставленные этому лицу, или расторгнуть договор страхования.
 - систематически по указанию лечащего врача проходить осмотры,
 - по показаниям проходить лабораторно-диагностические обследования (анализ крови на HBs, HBc 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 женской консультации по месту жительства, медицинское заключение, Договор.
О нарушении Застрахованным лицом санитарного режима производится соответствующая запись в истории родов.
- 2.5. В течение 28 календарных дней после родов Застрахованное лицо имеет право получить одну консультацию акушера-гинеколога. При возникновении у Застрахованного лица послеродовых осложнений в течение 28 дней после родов проводятся дополнительные исследования или госпитализация (по медицинским показаниям) в гинекологическом отделении специализированного медицинского учреждения сроком не более трех дней.
- 2.6. Страховщик обязуется обеспечить предоставление медицинских услуг врачом, выбранным Застрахованным лицом. Лечащий врач может быть заменен другим в случае:
 - согласия Застрахованного лица,
 - уважительной причины, т.е. невозможности выполнять врачебные функции в связи с болезнью или иными уважительными причинами.
- 2.7. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей историю его заболеваний, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных услуг Застрахованному, защитой прав Застрахованного

3. Исключения:

- 3.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, в случае наличия следующих заболеваний:
 - венерические болезни (сифилис, гонорея и т.п.),

- гнойно-септические очаги инфекции и т.п.,
 - пороки сердца (требующие родоразрешения в специализированном роддоме),
 - гипертоническая болезнь IIБ и IIIБ стадий,
 - заболевания почек (острый 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.
- 3.2. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу медицинская помощь, если иное не предусмотрено договором страхования:
- госпитализацию Застрахованного лица до начала родов,
 - оперативное родоразрешение - кесарево сечение при наличии абсолютных показаний, таких как резкое анатомическое сужение таза, предлежащие детского места и других медицинских показаниях;
 - пребывание родильницы и новорожденного в отделениях стационара свыше 4-х дней с момента рождения ребенка
 - применение средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ, в т.ч. применяемых за рубежом.

4. Порядок оказания медицинских услуг:

- 4.1. В случае необходимости экстренной госпитализации в родильный дом (преждевременные, стремительные роды) Застрахованное лицо или лицо, действующее в её интересах, обязаны обратиться в в круглосуточный пульт Страховщика или определенной договором страхования скорой медицинской помощи по телефонам, указанным в договоре страхования.
Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу при наличии договора страхования и документа, удостоверяющего личность.
- 4.2. Застрахованное лицо госпитализируется бригадой городской скорой медицинской помощи «03» в родильный дом, указанный в договоре страхования.

Программа №11 «Комплексная медицинская помощь для детей до 1 года»

Программа предусматривает предоставление застрахованным (детям от 0 до 1 года) амбулаторно-поликлинической помощи, стоматологической помощи, вызов врача на дом, стационарной медицинской помощи по экстренным и плановым показаниям, скорой, неотложной медицинской помощи, а также вакцинации и профилактических мероприятий в случае наступления страхового события (случая): факт обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение всего срока его действия, в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления, и других несчастных случаев.

1. Объем предоставляемых услуг:

1.1. Помощь на дому:

- вызов врача на дом;
- консультации ЛОР и офтальмолога, по назначению врача-педиатра (по медицинским показаниям).
- выполнение врачебных назначений, забор биологического материала для лабораторных исследований строго по назначению врача в период заболевания.

1.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь: консультации, диагностические исследования, профилактические и лечебные мероприятия по специальностям: педиатрия, неврология, кардиология, дерматология, психиатрия нефрология, эндокринология, аллергология-иммунология, гастроэнтерология, офтальмология, гинекология, отоларингология, хирургия, травматология и ортопедия, физиотерапия, лабораторная и инструментальная диагностика по назначению врача-педиатра (по медицинским показаниям).

1.2.1. КТ, МРТ, полисомнография, тональная аудиометрия, электроэнцефалография, дуплексное сканирование сосудов и другие виды дорогостоящих лабораторных и инструментальных исследований, холтеровское мониторирование АД и ЭКГ, исследования вызванных потенциалов, электроретинография, электронейромиография проводятся строго по медицинским показаниям и по согласованию со Страховой компанией.

1.2.2. Вакцинопрофилактика: вакцинация детей проводится в объеме и в сроки, регламентированные национальным календарем профилактических прививок вакцинами отечественного производства и импортными вакцинами – по согласованию с личным педиатром. При наличии медицинских противопоказаний вакцинация проводится по индивидуальному календарю прививок.

1.2.3. Организация профилактических медицинских осмотров педиатром по программе предусмотрена **на дому и в поликлинике**, диспансерных осмотров специалистов - **только в поликлинике**.

Виды лечебно-диагностических услуг	Условия оказания услуг
Осмотры педиатра при острых и обострениях хронических заболеваний в поликлинике или на дому по медицинским показаниям	По факту обращения
Повторные осмотры педиатра при острых и обострениях хронических заболеваний в поликлинике	При наличии медицинских показаний
Осмотры врачей-специалистов и лечебно-оздоровительные медицинские услуги по назначению врача	По назначению специалистов поликлиники.
Инструментально-диагностические исследования по назначению педиатра и/или специалистов поликлиники: рентгенодиагностика, ультразвуковые исследования (включая ЭХО-кардиографию, нейросонографию), функциональная диагностика в поликлинике	По назначению специалистов поликлиники.
Лабораторно-диагностические исследования: клинические, биохимические, микробиологические. Иммунологическое обследование до постановки диагноза с однократным контролем в поликлинике	По назначению специалистов поликлиники.
Стоматологическая помощь при острых заболеваниях полости рта в поликлинике	По факту обращения

1.2.3.1. Виды профилактических медицинских услуг.

А) Врачебный патронаж новорожденного ребенка и профилактические осмотры врача на дому: 1-й месяц жизни – 1 раз в 10 дней. Профилактические осмотры врача-педиатра во 2-3-й месяцы жизни – проводятся 2 раза, затем – ежемесячно.

Б) Профилактические осмотры специалистов (диспансеризация) и клинические лабораторные исследования проводятся в декретированные сроки:

- **в 1 месяц** – невропатолог, офтальмолог, хирург-ортопед, клинический анализ крови, клинический анализ мочи; нейросонография и УЗИ тазобедренных суставов по назначению специалистов поликлиники;

- **в 3 месяца** - невропатолог, хирург-ортопед, ЛОР, клинический анализ крови, клинический анализ мочи; УЗИ внутренних органов по назначению специалистов поликлиники;

- **в 6 месяцев** - невропатолог, хирург-ортопед, офтальмолог, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ кала клинический;

- **в 12 месяцев** – невропатолог, хирург-ортопед, ЛОР, офтальмолог; клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ кала клинический и я/глист; УЗИ внутренних органов по назначению специалистов поликлиники.

В) По назначению врача-педиатра поликлиники могут проводиться консультации врачей-специалистов с использованием лабораторно-инструментальных исследований в объеме, необходимом в каждой индивидуальной клинической ситуации.

Г) По назначению врача поликлиники ребенку на дому может быть проведен 1 курс лечебного массажа (10 сеансов).

1.2.4. Оформление медицинской документации (в том числе выдаваемой на руки пациентам): больничные листы, выписки из амбулаторной карты, справки, выдаваемые врачом-педиатром.

1.2.5. Предоставление информационных услуг по организации медицинской помощи, а также связь родителей ребенка по медицинским вопросам с педиатром по телефону в рабочее время через регистратуру.

1.3. Стационарная медицинская помощь по экстренным и плановым показаниям (дети до 3 лет – пребывание вместе с мамой) оказывается по следующим профилям: терапевтический, кардиологический, гастроэнтерологический, пульмонологический, эндокринологический, аллергологический, нефрологический, неврологический, дерматологический, хирургический, травматологический, ортопедический, проктологический, ожоговый, офтальмологический, отоларингологический, урологический, гинекологический.

1.3.1. Размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных, оперативных мероприятий по индивидуальным медицинским показаниям.

1.3.2. Перевод и размещение в специализированном отделении по профилю заболевания, преимущественно в двух-одноместной палате, питание, уход медицинского персонала.

1.3.3. Комплексное клиническое обследование в объеме медицинских стандартов по поводу

заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации врачей узких специальностей применительно к страховому случаю.

1.3.4. Проведение консервативного лечения или выполнение оперативных вмешательств.

1.3.5. Физиотерапевтическое лечение, лечебный (классический, сегментарный) массаж, занятия ЛФК предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

1.3.6. Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами.

1.4. Скорая и неотложная медицинская помощь:

- выезд бригады скорой медицинской помощи на дом, по месту работы или в общественное место;
- первичный осмотр больного;
- купирование неотложных состояний;
- выполнение необходимых экстренных лечебных и экспресс-диагностических мероприятий, в соответствии с имеющейся патологией;
- экстренная транспортировка застрахованного в профильное медицинское учреждение, указанное в договоре страхования Застрахованного;
- оформление установленной медицинской документации.

2. Исключения:

2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- Все виды косметических услуг, подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (контактных линз, слуховых устройств и т.д.).
- Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Лабораторные и инструментальные обследования по инициативе родителей пациента.
- Профилактические осмотры и обследования, не предусмотренные программой при оформлении медицинских справок и заключений, требующие участия трех и более специалистов, включая педиатра; «оформление санаторно-курортной карты» и «справки ребенка, отъезжающего в лагерь» при наличии подтверждающих документов (путевка).
- Иммунопрофилактика вакцинами, не входящими в календарь прививок.
- Лечебные офтальмологические процедуры на аппарате «Амблиокор».
- Иммунологически-аллергологические пробы числом более десяти.
- Предоставление медицинской помощи по следующей группе заболеваний (состояний):
 - А) Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, требующие дорогостоящих и высокотехнологичных методов лечения.
 - Б) Заболевания, относящиеся к V диспансерной группе (стадия декомпенсации).
 - В) Заболевания и их осложнения, повлекшие за собой установление группы инвалидности, с даты их регистрации КЭК.
 - Г) Диффузные болезни соединительной ткани.
 - Д) Онкологические заболевания (в том числе заболевания крови онкологической природы, включая кариологическое исследование костного мозга, гемобласты).
 - Е) Лучевая болезнь.
 - Ж) Сахарный диабет I типа.
 - З) Психические заболевания.
 - И) Ортодонтические нарушения, протезирование, косметическая стоматология.

Программа №12 «Комплексная медицинская помощь для детей от 1 года до 18 лет»

Программа предусматривает **Застрахованным лицам (детям от 1 года до 18 лет) амбулаторно-поликлинической помощи, стоматологической помощи, вызов врача на дом, стационарной медицинской помощи по экстренным и плановым показаниям, скорой и неотложной медицинской помощи в случае наступления страхового события (случая): факт обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение всего срока его действия, в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления, и других несчастных случаях.**

1. Объем предоставляемых медицинских услуг:

1.1. Помощь на дому:

- вызов врача на дом;
- консультации ЛОР и офтальмолога, по назначению врача-педиатра (строго по медицинским показаниям).
- выполнение врачебных назначений, забор биологического материала для лабораторных исследований строго по назначению врача в период заболевания.

1.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь: консультации, диагностические исследования, профилактические и лечебные мероприятия по специальностям: педиатрия, неврология, кардиология, дерматология, психиатрия нефрология, эндокринология, аллергология-иммунология, гастроэнтерология, офтальмология, гинекология, отоларингология, хирургия, травматология и ортопедия, стоматология, физиотерапия, лабораторная и инструментальная диагностика по назначению специалистов поликлиники.

1.2.1. Вакцинопрофилактика: вакцинация детей проводится в объеме и в сроки, регламентированные национальным календарем профилактических прививок вакцинами отечественного производства, импортными вакцинами - в случае отсутствия их производства в РФ. При наличии медицинских противопоказаний вакцинация проводится по индивидуальному календарю прививок.

Организация профилактических медицинских осмотров педиатром, диспансерных осмотров специалистов по программе предусмотрена только в поликлинике.

1.2.2. КТ, МРТ, полисомнография, тональная аудиометрия, электроэнцефалография, дуплексное сканирование сосудов и другие виды дорогостоящих лабораторных и инструментальных исследований, холтеровское мониторирование АД и ЭКГ, исследования вызванных потенциалов, электроретинография, электронейромиография проводятся строго по медицинским показаниям и по согласованию со Страховой компанией.

1.2.3. Оформление медицинской документации (в том числе выдаваемой на руки пациентам): больничные листы, выписки из амбулаторной карты, справки, выдаваемые врачом-педиатром.

1.2.4. Предоставление информационных услуг по организации медицинской помощи, а также связь родителей ребенка по медицинским вопросам с педиатром по телефону в рабочее время через регистратуру.

1.2.5. Организация профилактических медицинских осмотров педиатром по программе предусмотрена на дому и в поликлинике, диспансерных осмотров специалистов - только в поликлинике.

Виды лечебно-диагностических услуг	Условия оказания услуг
Осмотры педиатра при острых и обострениях хронических заболеваний в поликлинике или на дому по медицинским показаниям	По факту обращения
Повторный осмотр педиатра при острых и обострении хронических заболеваний в поликлинике	При наличии медицинских показаний
Консультации врачей-специалистов в поликлинике	По назначению специалистов поликлиники.
Инструментально-диагностические исследования по назначению педиатра и/или специалистов поликлиники: рентгенодиагностика, ультразвуковые исследования (включая ЭХО-кардиографию), функциональная диагностика.	По назначению специалистов поликлиники.

Лабораторно-диагностические исследования: клинические, биохимические, микробиологические. Иммунологическое обследование до постановки диагноза с однократным контролем в поликлинике	По назначению специалистов поликлиники.
Стоматологическая помощь в поликлинике: 1. Комплексное первичное обследование стоматолога-терапевта. 2. Плановые профилактические осмотры врача-стоматолога. 3. Терапевтическая лечебно-диагностическая помощь при острых и обострениях хронических болезней полости рта и зубов в поликлинике (работа только со светоотверждаемыми материалами). 4. Хирургическая стоматологическая помощь при острых и обострениях хронических болезней полости рта и зубов в поликлинике (удаление зубов, купирование острых воспалительных процессов). 5. Рентгенологическая диагностика заболеваний полости рта и зубов.	По факту обращения.

1.2.5.1. Виды профилактических медицинских услуг.

А) Профилактические осмотры (диспансеризация) детей проводятся строго в декретированные сроки:

- **перед поступлением в школу (6 или 7 лет)** – невропатолог, хирург-ортопед, ЛОР, офтальмолог, дерматолог, кардиолог (по назначению педиатра), клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ кала клинический и я/глист.

- **10 лет** – ЛОР, хирург-ортопед, невропатолог, эндокринолог, офтальмолог, гинеколог, уролог (по назначению педиатра), стоматолог, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ кала клинический и я/глист;

- **14-15 лет** – ЛОР, хирург-ортопед, невропатолог, эндокринолог, офтальмолог, гинеколог, уролог (по назначению педиатра), стоматолог, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ кала клинический и я/глист;

- **16-17 лет** – ЛОР, хирург-ортопед, невропатолог, офтальмолог, гинеколог, стоматолог, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ кала клинический и я/глист, флюорография.

Б) По назначению врача-педиатра поликлиники пациенту могут проводиться консультации врачей-специалистов с использованием лабораторно-инструментальных исследований в объеме, необходимом в каждой индивидуальной клинической ситуации.

В) По назначению врача пациенту может быть проведен в поликлинике 1 курс лечебного массажа (10 сеансов) за период прикрепления.

1.3. Скорая и неотложная медицинская помощь:

- выезд бригады скорой медицинской помощи на дом, по месту работы или в общественное место;
- первичный осмотр больного;
- купирование неотложных состояний;
- выполнение необходимых экстренных лечебных и экспресс-диагностических мероприятий, в соответствии с имеющейся патологией;
- экстренная транспортировка застрахованного в профильное медицинское учреждение, указанное в договоре страхования Застрахованного;
- оформление установленной медицинской документации.

1.4. Стационарная медицинская помощь по экстренным и плановым показаниям (дети до 3 лет – пребывание вместе с мамой) оказывается по следующим профилям: терапевтический, кардиологический, гастроэнтерологический, пульмонологический, эндокринологический, аллергологический, нефрологический, неврологический, дерматологический, хирургический, травматологический, ортопедический, проктологический, ожоговый, офтальмологический, отоларингологический, урологический, гинекологический:

1.4.1. Размещение и лечение в отделении интенсивной терапии, проведение реанимационных, оперативных мероприятий по индивидуальным медицинским показаниям.

1.4.2. Перевод и размещение в специализированном отделении по профилю заболевания,

- преимущественно в двух- одноместной палате, питание, уход медицинского персонала.
- 1.4.3. Комплексное клиническое обследование в объеме медицинских стандартов (за исключением см. раздел 2) по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования, а также консультации врачей узких специальностей применительно к страховому случаю.
 - 1.4.4. Проведение консервативного лечения или выполнение оперативных вмешательств.
 - 1.4.5. Физиотерапевтическое лечение, лечебный (классический, сегментарный) массаж, занятия ЛФК предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.
 - 1.4.6. Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами.

2. Исключения:

2.1. Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг, если иное не установлено договором и программой страхования:

- Все виды косметических услуг, подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (контактных линз, слуховых устройств и т.д.).
- Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Лабораторные и инструментальные обследования по инициативе родителей пациента.
- Профилактические осмотры и обследования, не предусмотренные программой при оформлении медицинских справок и заключений, требующие участия трех и более специалистов, включая педиатра; «оформление санаторно-курортной карты» и «справки ребенка, отъезжающего в лагерь» при наличии подтверждающих документов (путевка).
- Иммунопрофилактика вакцинами, не входящими в календарь прививок.
- Лечебные офтальмологические процедуры на аппарате «Амблиокор».
- Иммунологически-аллергологические пробы числом более десяти.
- Предоставление медицинской помощи по следующей группе заболеваний (состояний):
 - А) Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, требующие дорогостоящих и высокотехнологичных методов лечения.
 - Б) Заболевания, относящиеся к V диспансерной группе (стадия декомпенсации).
 - В) Заболевания и их осложнения, повлекшие за собой установление группы инвалидности, с даты их регистрации КЭК.
 - Г) Диффузные болезни соединительной ткани.
 - Д) Онкологические заболевания (в том числе заболевания крови онкологической природы, включая кариологическое исследование костного мозга, гемобластозы).
 - Е) Лучевая болезнь.
 - Ж) Сахарный диабет I типа.
 - З) Психические заболевания.
 - И) Ортодонтические нарушения, протезирование, косметическая стоматология.

в АО СГ «Спасские ворота»

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании (коллективном)

Страхователь _____
(наименование учреждения, предприятия, организации)

в _____ лице

(должность и ф.и.о. ответственного лица)
просит заключить коллективный договор добровольного медицинского страхования с
"___" _____ г. по "___" _____ г. по следующим программам
страхования, в соответствии с прилагаемым списком:

Программа страхования	Медицинское учреждение	Количество Застрахованных лиц по программе	Страховая сумма, руб.

Общее число Застрахованных лиц: _____ человек. Список Застрахованных лиц прилагается.

Другие условия, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа:

Руководитель предприятия, организации: _____

(подпись)

"___" _____ г.

М.П.

в АО СГ «Спасские ворота»

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании (индивидуальном)

Я, _____ ниже _____ подписавший(ая)ся

(Фамилия, Имя, Отчество Страхователя)

(паспортные данные, адрес, телефон, место работы)

прошу заключить договор добровольного медицинского страхования

(паспортные данные лица (Застрахованного лица), в отношении которого заключается договор страхования с указанием адреса и телефона)

сроком на _____ с " _____ " _____ Г. по " _____ " _____ Г.

по следующим программам страхования:

Программа страхования	Медицинское учреждение	Страховая сумма, руб.

Декларации здоровья (анкеты), заполненные страхуемыми лицами прилагаются.

Я, ниже подписавший(ая)ся, _____ признаю, что в случае сообщения Застрахованным ложных или неполных сведений о себе, договор страхования в отношении такого лица будет расторгнут и ему будет отказано в выплате страхового обеспечения. В этом случае я обязуюсь оплатить счета за оказанные Застрахованному медицинские услуги в течение 5 дней после получения уведомления от Страховщика.

Я ознакомлен и согласен с правилами и программами страхования, а также с порядком оказания медицинских услуг и обязуюсь довести все эти сведения до Застрахованных лиц.

Я понимаю, что любое возмещение расходов за оказанные Застрахованным медицинские услуги производится в пределах индивидуальной страховой суммы, в соответствии с объемом медицинской помощи, предусмотренной программами страхования. В случае, если Страховщик по каким-либо причинам оплатит счета из лечебных учреждений за оказанные Застрахованным медицинские услуги сверх страховой суммы или по услугам, не предусмотренным программами страхования, я обязуюсь возместить расходы, понесенные страховой компанией сверх своих обязательств, в течение 10 дней после получения уведомления от Страховщика.

Я признаю, что при уплате страхового взноса в рассрочку Страховщик имеет право изменить размер страхового взноса, с учетом изменения цен на медицинские услуги в лечебных учреждениях.

ЗАЯВИТЕЛЬ (Страхователь): _____

ФИО

_____ (подпись)

" _____ " _____ Г.

Декларация здоровья

(заполняется лицом, подлежащим страхованию – Застрахованное лицо)

1. Ф.И.О. (полностью) _____

2. Пол _____

3. Возраст, дата рождения _____

4. Застрахованы ли члены Вашей семьи на медицинское обслуживание? _____

5. Имели ли Вы ранее или имеете сейчас по месту работы профессиональные вредности? (указать какие)

6. Курите ли Вы? _____

Если «ДА», то:

а) Сколько лет? _____

б) Сколько сигарет в день? _____

7. Злоупотребляли ли Вы когда-либо алкоголем? _____

Если «ДА», то лечились ли Вы по этому поводу в специализированном медицинском учреждении?

8. Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности? _____

Если «ДА», то:

а) какая группа инвалидности? _____

б) причина инвалидности _____

в) если имели в прошлом, укажите когда снята _____

9. Дата последней консультации или обследования терапевтом или другими специалистами

_____ месяц _____ год. Специальность врача:

а) _____

б) _____

в) _____

Заключение: _____

Место обследования (название ЛПУ) _____

10. Находились ли Вы на стационарном лечении за последние 5 лет? _____

Если «ДА», то:

а) сколько раз? _____

б) название стационара _____

в) заключение _____

11. Проводились ли Вам какие-либо оперативные вмешательства за последние 5 лет? _____

Если «ДА», то:

а) укажите причину операции _____

б) название лечебного учреждения _____

12. Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты в настоящее время, если «ДА», укажите какие

13. Имелись ли или имеются какие-либо психические расстройства? _____

13.1. Если «ДА», то наблюдаетесь ли Вы в специализированном медицинском учреждении _____

13.2. Пользовались ли Вы когда-нибудь или пользуетесь сейчас лекарственными препаратами, обладающими наркотическим действием? _____

14. Имелись ли или имеются у Ваших родителей и ближайших родственников какие-либо хронические заболевания? _____

15. Были ли у Вас ранее выявлены: опухоль (доброкачественная, злокачественная), болезни крови, диабет, туберкулез, венерические заболевания? _____

Если «ДА», то какие? _____

16. Имелись ли или имеются у Вас какие-либо расстройства со стороны

16.1. нервной системы

а) расстройства слуха, зрения, речи _____

б) потеря кожной чувствительности _____

в) ослабление или полная потеря движений в конечностях (временная или постоянная) _____

г) эпизоды судорог _____

16.2. Сердечно-сосудистой системы

а) повышение артериального давления _____

б) боли, чувство давления и дискомфорта в грудной клетке _____

в) сердцебиение, перебои _____

г) изменение на электрокардиограмме по заключению врача _____

16.3. Органов дыхания

а) кашель _____

б) одышка _____

в) приступы удушья _____

г) изменения при рентгенологическом и флюорографическом исследовании органов грудной клетки _____

16.4. Аллергические заболевания _____

17. Помимо тех, что указаны выше, были или есть у Вас другие симптомы заболеваний, расстройств, по поводу которых Вы лечились у врача? _____

Если «ДА», то это связано с изменениями в следующих органах или системах органов:

17.1. сердце и сосуды

17.2. легкие и грудная клетка

17.3. мозг и нервная система

17.4. печень, поджелудочная железа, желчный пузырь, пищевод, желудок, кишечник и прямая кишка

17.5. почки, мочевой пузырь, предстательная железа и органы малого таза

17.6. череп, позвоночник, суставы, кости

17.7. кровь, щитовидная железа, кожа

17.8. носоглотка, уши, глаза

18. Имеете ли Вы другие патологические изменения (кроме перечисленных выше), которые были выявлены у Вас при обследовании за последние 5 лет? _____

При выявлении хронического заболевания, не отмеченного в анкете, но существовавшего до момента страхования, Страховщик оставляет за собой право приостановить действие договора страхования.

Я, нижеподписавший(ая)ся, _____ признаю, что в случае сообщения мною ложных или неполных сведений о себе, договор страхования в отношении меня будет расторгнут и мне будет отказано в выплате страхового обеспечения.

Я освобождаю врачей медицинских учреждений от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся информации о состоянии моего здоровья, медицинской помощи, лечении или прогнозе и не буду иметь никаких претензий по поводу передачи такой информации Страховщику.

Я ознакомился с условиями страхования, порядком оказания медицинских услуг, перечнем заболеваний и медицинских услуг, оплату которых Страховщик не производит по договору страхования, и обязуюсь оплату таких услуг, если они потребуются, производить из собственных средств.

Я понимаю, что в случае несоблюдения мною рекомендаций врачей базовых медицинских учреждений Страховщика, нарушения режима лечебно-диагностического процесса и медицинского учреждения, Страховщик вправе отказать в оплате предоставленных мне медицинских услуг.

Подпись клиента (Застрахованного лица) _____

За Страховщика _____

ДОГОВОР
добровольного медицинского страхования
№ _____

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Акционерное общество Страховая группа «Спасские ворота», осуществляющее страховую деятельность на основании лицензии Банка России № _____ от _____, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице Генерального директора Потапова Евгения Петровича, действующего на основании Устава с одной стороны и _____ именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице Генерального директора _____, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Объектом страхования по Договору добровольного медицинского страхования (далее по тексту именуемого Договор) является имущественный интерес, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая, предусмотренного Программой добровольного медицинского страхования (Приложение №1) и Правилами добровольного медицинского страхования граждан, утвержденными Приказом Генерального директора АО СГ «Спасские ворота» от _____ (Приложение № 3).

1.2. Общая численность Застрахованных лиц (Приложение №2) на момент заключения Договора составляет _____ человек.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Предметом настоящего Договора является обязательство Страховщика за обусловленную Договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, организовать и оплатить медицинскую помощь и иные услуги определенного объема и качества, при наступлении предусмотренного договором страхового случая.

2.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу, и наименование учреждений, предоставляющих данные услуги, определяется в Программе добровольного медицинского страхования (далее по тексту именуемой Программа), прилагаемой к настоящему Договору и являющейся его неотъемлемой частью (Приложение № 1).

2.3. По настоящему Договору Страховым случаем признается обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи и иных услуг из числа предусмотренных Программой в течение срока действия настоящего Договора.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

3.1. Вариант страховой суммы: индивидуальная страховая сумма для каждого Застрахованного лица единая по всем программам страхования, включенным в договор страхования.

3.2. Вариант страховой суммы: индивидуальная страховая сумма может рассчитываться по программе страхования, предусмотренной для каждого конкретного Застрахованного лица.

3.3. Размер страховой суммы на каждое Застрахованное лицо составляет:

3.4. Размер общей страховой суммы: _____ (_____) рублей.

3.5. Размер Страховой премии за каждого Застрахованного в год составляет _____ (_____) рублей 00 копеек.

3.6. Общая страховая премия по настоящему договору составляет _____ (_____) рублей, которая уплачивается единовременно или равными взносами в следующем порядке:

- первый взнос в размере _____ (_____) рубля 00 копеек
оплатить в срок до « ____ » _____ 2010 года включительно **за период с _____ года по _____ года;**

- второй взнос в размере _____ (_____) рубля 00 копеек
оплатить в срок до «___» _____ 2010 года включительно за период с _____ года по
_____ года.

3.7. Датой уплаты Страховой премии считается дата её поступления на расчетный счет Страховщика.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор заключается сроком на **1 (Один) год**.

4.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента уплаты страховой премии, либо оплаты первого страхового взноса в полном объеме, но не ранее «___» _____ 2010 года, и действует по «___» _____ 20__ года. В случае неуплаты первого страхового взноса в полном объеме в установленный срок настоящий Договор признается незаключенным, если иное не будет предусмотрено соглашением сторон.

4.3. Ответственность Страховщика по настоящему Договору возникает с момента вступления в силу настоящего Договора.

4.4. Договор прекращается в случаях:

4.4.1. истечения срока его действия;

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

4.4.3. несоблюдения Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по Договору, в том числе в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные Договором сроки – при условии направления Страхователю по электронной почте или по факсу уведомления за подписью уполномоченного сотрудника о прекращении договора (при этом Договор считается прекращенным с момента, когда было допущено несоблюдение его условий, в том числе со дня, следующего за днем, когда страховая премия подлежала уплате, если иной момент прекращения Договора не будет оговорен в письменном уведомлении со стороны Страховщика, упомянутом в настоящем пункте);

4.4.4. смерти Застрахованного лица;

4.4.5. отказа Страхователя от Договора – при условии направления Страховщику по электронной почте или по факсу письменного уведомления не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора;

4.4.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.5. 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.

4.6. При досрочном прекращении договора страхования в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за не истекший срок действия договора страхования за вычетом нагрузки, а также страховых выплат, произведенных страховщиком по договору страхования. Под «неистекшим сроком страхования», если иное не установлено договором страхования, понимается количество полных месяцев с даты досрочного прекращения договора страхования до даты его окончания. Размер нагрузки составляет _____ % от полученной страховой премии.

4.7. Обязательства сторон, за исключением обязанности Страхователя по уплате страховой премии предусмотренной настоящим Договором, прекращаются с момента прекращения настоящего Договора.

5. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

5.1. Страхователь обязан:

5.1.1. предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования, в том числе списки Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, пола, места жительства, телефона каждого из них;

5.1.2. подписать Акт приема-передачи индивидуальных страховых полисов (пластиковых карт). Выдать непосредственно каждому Застрахованному лицу индивидуальный страховой полис (пластиковую карту).

5.1.3. не позднее одного рабочего дня с даты увольнения застрахованных лиц, сообщать Страховщику о данном факте посредством направления письма по электронной почте или по факсу за подписью уполномоченного сотрудника. Действие настоящего Договора в отношении уволенных

сотрудников автоматически прекращается с даты увольнения сотрудника, при этом Страхователь имеет право на часть страховой премии за неистекший срок страхования, подлежащей расчету в порядке, предусмотренном п. 5.2.3.3. настоящего договора.

5.1.4. уплачивать страховую премию в размере и в сроки, установленные в договоре страхования; Обязанности страхователя по уплате страховой премии не прекращаются истечением срока действия Договора (прекращением Договора).

5.1.5. предоставить Страховщику права полного доступа к медицинской документации Застрахованных лиц.

5.1.6. выполнять совместно с Застрахованным лицом обязанности, предусмотренные п.п. 8.2.5. Правил;

5.1.7. изъять у застрахованных лиц полисы страхования (индивидуальные страховые медицинские карточки) в случае их увольнения. Возвратить Страховщику полисы страхования (индивидуальные страховые медицинские карточки) в течение 3-х дней с даты увольнения сотрудников, а также в иных случаях прекращения действия настоящего Договора в отношении отдельных сотрудников.

5.1.8. Довести до каждого Застрахованного лица сведения об условиях настоящего Договора, Правил страхования (Приложение № 3) об объемах, характере и условиях оказания медицинской помощи и иных услуг по их Программам, предупредить об ответственности за передачу страховых документов другим лицам, а также обеспечить Застрахованных лиц пластиковыми картами.

5.1.9. Возместить расходы Страховщика по оказанию медицинской помощи и иных услуг в случаях:

- a) нарушения Застрахованным больничного режима или предписаний лечащего врача в процессе лечения, обследования, реабилитации;
- b) установления факта получения медицинской помощи и иных услуг другим лицом вследствие незаконной передачи ему индивидуальной страховой медицинской карточки и/или страхового полиса.
- c) получения застрахованным лицом медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных программой страхования, либо с превышением размера индивидуальной страховой суммы, предусмотренной Договором.
- d) получения медицинской помощи и иных услуг лицом, в отношении которого действие настоящего договора прекращено по причине увольнения сотрудника, а также по иным причинам.
- e) получения Застрахованным лицом медицинской помощи и иных услуг в период приостановления обязательств Страховщика согласно п. 5.4.5. Договора.

5.1.10. Подписанием настоящего договора страхования Страхователь гарантирует получение от застрахованных лиц согласие на обработку всех содержащихся в настоящем договоре и прилагающихся к нему документах персональных данных Застрахованных лиц Акционерным обществом Страховая Группа «Спасские ворота» (адрес местонахождения: _____) в целях исполнения договора страхования посредством выполнения следующих действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, (изменение, обновление), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам- контрагентам оператора), обезличивание, блокирование, уничтожение. Данное согласие дано без ограничения срока действия и может быть отозвано путем личной подачи письменного заявления на имя Генерального директора АО СГ «Спасские ворота».

5.2. Страхователь имеет право:

5.2.1. Требовать от Страховщика соблюдения условий настоящего Договора и предоставления Застрахованным лицам медицинской помощи и иных услуг в соответствии с настоящим Договором.

5.2.2. Изменить по соглашению со Страховщиком объем страховой ответственности (программу страхования, страховую сумму и т.д.) и иные условия действия Договора, заключив дополнительное соглашение.

5.2.3. Изменить список Застрахованных лиц, при этом Страхователь представляет Страховщику необходимую информацию об исключаемых из списка и включаемых в него. Все изменения осуществляются по соглашению сторон и оформляются дополнительным соглашением. Порядок взаиморасчетов сторон при изменении списка Застрахованных лиц зависит от вида изменения.

5.2.3.1. Замена Застрахованных лиц (с их письменного согласия) производится в пределах установленной Договором численности Застрахованных лиц. Замена одного Застрахованного

лица на другое осуществляется при условии, что на дату замены не произошел страховой случай с Застрахованным лицом, подлежащим замене. Уплата дополнительной премии и/или возврат части уплаченной премии не производится. Проведение замен в составе Застрахованных прекращается за 3 (три) месяца до окончания действия Договора

5.2.3.2. Увеличение численности Застрахованных лиц производится путем заключения дополнительного соглашения. Пластиковые карточки выдаются после уплаты дополнительной премии. Страхователь уплачивает страховую премию за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный. В случае увеличения численности Застрахованных менее чем за 3 (три) месяца до окончания срока действия Договора, Страховая премия уплачивается из расчета как за 3 (три) месяца.

5.2.3.3. Досрочное расторжение настоящего Договора в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц, производится путем подписания дополнительного соглашения. При этом Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший срок страхования за вычетом нагрузки (____%) и страховых выплат. При этом под «неистекшим сроком страхования» понимается количество полных месяцев от даты прекращения действия договора в отношении конкретного Застрахованного до даты окончания действия договора (оплаченного периода).

Расчет страховой премии, подлежащей возврату, осуществляется по формуле:

$$X=A*Y/P*C-V$$

, где:

A – уплаченная страховая премия за одного Застрахованного;

Y – нетто-премия (нагрузка Страховщика ____%);

P – оплаченный период страхования;

C – нереализованный срок страхования (полных месяцев);

X – размер страховой премии, подлежащей возврату;

V – страховые выплаты.

Уменьшение числа Застрахованных лиц прекращается за 3 (три) месяца до окончания действия Договора.

5.3. Страховщик обязан:

5.3.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;

5.3.2. выдать индивидуальные страховые полисы (пластиковые карты) Страхователю в течение 5 (Пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса, дополнительной страховой премии). Факт передачи пластиковых карт подтверждается подписанным сторонами Актом приема-передачи индивидуальных страховых полисов (пластиковых карт); Обязанность по передаче индивидуальных страховых полисов (пластиковых карт) непосредственно Застрахованным лицам лежит на Страхователе. Подписанием Акта приема-передачи индивидуальных страховых полисов (пластиковых карт) Страхователь подтверждает исполнение соответствующих обязательств по передаче пластиковых карт Застрахованным лицам.

5.3.3. при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в соответствии с Договором страхования после получения всех необходимых документов.

5.3.4. организовать при необходимости оказание медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам, а именно:

- заключить с медицинскими и иными учреждениями, предусмотренными программой страхования и приложениями к ней, договоры на оказание медицинской помощи и иных услуг;

5.3.5. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

5.4. Страховщик имеет право:

5.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

5.4.2. досрочно прекратить договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования, в том числе при неуплате Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные Договором сроки;

5.4.3. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении стоимости предоставляемой медицинской помощи и иных услуг;

5.4.4. проверять сообщенную Страхователем информацию;

5.4.5. приостановить исполнение обязательств при не поступлении страховой премии или ее очередной части (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика в установленные договором сроки. Ответственность Страховщика может быть приостановлена в одностороннем порядке с даты, следующей за днем когда указанная часть премии должна быть уплачена. О приостановления действия

своей ответственности Страховщик извещает Страхователя посредством направления ему извещения. Приостановление обязательств страховщика означает, что Страховщик не обязан осуществлять страховую выплату по страховым случаям, произошедшим в период приостановления ответственности, а если страховая выплата была произведена, Страховщик вправе потребовать от страхователя компенсации соответствующих затрат страховщика в соответствии с п. 5.1.8. Договора.

Ответственность страховщика возобновляется с даты, следующей за днем поступления просроченной части страховой премии на расчетный счет Страховщика.

5.4.6. в случае прекращения договорных отношений между Страховщиком и медицинским учреждением, предусмотренным Программой ДМС, Страховщик вправе в одностороннем порядке внести изменения в Программу страхования, в том числе, посредством включения в Программу ДМС медицинского учреждения, предоставляющего равноценную медицинскую помощь и иные услуги по перечню, стоимости и качеству.

5.4.7. если госпитализация Застрахованного лица началась в период действия Договора, но продолжается после его прекращения, Страховщик имеет право не оплачивать расходы по оказанию медицинской помощи и иных услуг с момента такого прекращения, при этом соответствующие расходы возлагаются на Застрахованное лицо или Страхователя

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Все неурегулированные споры между Сторонами настоящего Договора подлежат рассмотрению в судебном порядке.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (стихийных бедствий, массовых волнений, военных действий, маневров, иных военных мероприятий, народных волнений, всякого рода забастовок, воздействий ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения и пр.).

6.3. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, делающих выполнение обязательств по настоящему Договору невозможным, сроки выполнения этих обязательств отодвигаются соразмерно времени действия таковых обстоятельств, но не более чем на 3 (три) месяца, по истечении которых настоящий Договор прекращает свое действие, если Сторонами не будет предусмотрено иное.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор подписан в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих одинаковую силу. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют одинаковую юридическую силу для Сторон.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны только в том случае, если они совершены в письменной форме.

7.3. Об изменениях местонахождения, почтового адреса или банковских реквизитов Сторона обязана сообщать другой Стороне в трехдневный срок, с момента данного изменения.

7.4. Стороны признают юридическую силу документов, переданных по электронной почте или по факсу в случаях, предусмотренных Договором, при условии, что указанные документы направлены на электронные адреса/ номера факсов, указанные в разделе 8 Договора. Документы, которые в случаях, предусмотренных Договором, были переданы по электронной почте или по факсу, подлежат замене на оригиналы в срок до 5 числа календарного месяца, следующего месяцем, в который они были направлены.

7.5. Правила добровольного медицинского страхования граждан Страхователем получены, страхователь обязуется их Правила до сведения Застрахованных лиц и несет ответственность за их выполнение застрахованными лицами.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Страховщик:		Страхователь:
АО СГ Спасские ворота»		
Адрес местонахождения: Почтовый адрес: ИНН: 8901010104 КПП: 890101001, ОГРН 1028900507668 Банковские реквизиты: Телефоны: факс: Адрес электронной почты:		Адрес местонахождения: Почтовый адрес: ИНН/КПП ОКОНХ Банковские реквизиты: р/с в к/с Телефон: факс: Адрес электронной почты:

За Страховщика:

За Страхователя:

М.П.

М.П.

Список Застрахованных лиц

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Домашний адрес	Паспортные данные	Программа страхования

От Страховщика

М.П.

От Страхователя

М.П.

Приложение 6
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

ДОГОВОР
добровольного медицинского страхования
№ _____

г. Москва

«__» _____ г.

Страхователь:

Адрес места регистрации:

и АО СГ «СПАССКИЕ ВОРОТА» заключили настоящий Договор в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования граждан, предметом которого является организация и оплата медицинских услуг определенных Программой добровольного медицинского страхования (Приложение 1) объема и качества, при наступлении предусмотренного договором Страхового случая.

Не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение для получения помощи:

- Не предусмотренной Программой страхования;
- В связи с острыми патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;
- В связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено соответствующими судебными решениями.

Застрахованное лицо:

Паспорт серии:

Дата рождения:

тел.

Адрес:

Страховая премия:

Порядок уплаты страховой премии

Страховщик имеет право расторгнуть настоящий договор или приостановить исполнение своих обязательств по нему, в случае неуплаты Страхователем страховой премии или очередных страховых взносов (при уплате в рассрочку) в срок, установленный по

Страховая сумма в размере

Вид страховой суммы

Срок действия договора

Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего Договора

1. Программа добровольного медицинского страхования. Экземпляр Программы Страхователь получил.
2. Правила добровольного медицинского страхования граждан. Экземпляр Правил Страхователь получил

настоящему Договору.

Страховщик:

_____/_____/_____
_____/_____/_____

Страхователь:

ДОГОВОР № _____
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
(МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ) ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Акционерное общество Страховая группа «Спасские ворота», имеющее государственную лицензию на осуществление страховой деятельности _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, имеющее государственную лицензию на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____ 200__ года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство по оказанию консультативно-диагностических и лечебно-профилактических услуг пациентам, являющимся Застрахованными Заказчика, в дальнейшем «Застрахованные», что подтверждается договором страхования, выданным Заказчиком. Медицинские услуги Застрахованным оказываются по профилю деятельности Исполнителя, в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту на медицинские услуги (Приложение № 1) и в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования (Приложение № 2).

1.2. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость медицинских услуг, виды, объем и сроки которых определены Программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования).

2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать лицам, указанным в Списке Застрахованных, предоставляемых Заказчиком по согласованной форме (Приложение № 3), и обратившимся за медицинской помощью к Исполнителю, квалифицированные медицинские услуги в рамках Программы добровольного медицинского страхования (Приложение № 2). В случае невозможности оказания каких-либо видов медицинских услуг, определенных в Приложении № 2 к настоящему Договору, информировать Заказчика не позднее чем за 3 (Три) дня до возникновения подобных обстоятельств. Медицинские услуги в подобном случае могут быть оказаны Застрахованному только по согласованию с Заказчиком.

2.1.2. Оформлять необходимые для обслуживания Застрахованных документы после получения от Заказчика Списка Застрахованных по факту обращения, или в иных случаях при наличии гарантийного письма Заказчика.

2.1.3. Выдавать Застрахованным необходимую медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.1.4. Формировать Реестр оказанных медицинских услуг (далее – Реестр) и направлять Заказчику вместе со счетом на оплату. Реестр должен содержать следующие данные: фамилия, имя, отчество Застрахованного; номер договора страхования; дата оказания услуги; код (при наличии) и (или) наименование, цена медицинской услуги в соответствии с Прейскурантом на медицинские услуги; кратность оказания медицинской услуги; суммарная стоимость оказанных услуг.

2.1.5. Предоставлять Заказчику Прейскурант на медицинские услуги (Приложение №1) на бумажном носителе и в электронном виде в формате Excel.

2.1.6. Письменно сообщить Заказчику об изменениях Прейскуранта на медицинские услуги (Приложение №1) не позднее, чем за ____ (_____) дней до введения их в действие.

2.1.7. Предоставлять уполномоченным сотрудникам Заказчика необходимую документацию для оценки объема и качества медицинских услуг, оказанных Застрахованным, и контроля за исполнением настоящего Договора.

2.1.8. При необходимости оказания Застрахованному медицинских услуг, не предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования (Приложение №2), Исполнитель обязуется немедленно уведомить об этом Заказчика. Указанные услуги могут быть оказаны Застрахованному только при наличии гарантийного письма Заказчика.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Производить своевременную оплату предоставленных Застрахованным медицинских услуг в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

2.2.2. Выдавать Застрахованным договор страхования установленного образца, который является пропуском в учреждение Исполнителя и дает право на предоставление медицинских услуг. В качестве договора страхования могут применяться пластиковые карточки.

2.2.3. Своевременно письменно уведомлять Исполнителя об изменениях Списка Застрахованных и Программы добровольного медицинского страхования.

2.3. Исполнитель имеет право:

Требовать своевременной оплаты счетов.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Осуществлять контроль (медико-экономическую экспертизу) объемов, сроков и качества предоставляемой Застрахованным медицинской помощи, достоверности формирования счетов, соответствия объемов и видов оказанных медицинских услуг Программе добровольного медицинского страхования. Осуществление медико-экономической экспертизы осуществляется врачом-экспертом Заказчика в соответствии с Приложением № 4.

По результатам экспертизы составляется «Акт медико-экономической экспертизы», подписываемый сторонами. В случае выявления экспертизой медицинских услуг, некачественно оказанных, излишне оплаченных, оказанных необоснованно, или медицинских услуг, не являющихся необходимыми, их стоимость учитывается при взаиморасчетах за следующий месяц.

2.4.2. В случае несогласия Исполнителя с результатами экспертизы, стороны могут создать для разрешения спора независимую комиссию с привлечением независимых экспертов.

Если независимой комиссией было выявлено некачественное оказание медицинских услуг, предоставление неполной или некачественной информации, формирующей счет, а также, если оказанные услуги не являлись необходимыми или были оказаны необоснованно, Заказчик также вправе зачесть стоимость таких услуг при взаиморасчетах за следующий месяц.

Результаты плановой и независимой экспертиз должны оформляться актом, подписанным Сторонами.

2.4.3. Расходы по оплате услуг независимой экспертизы Заказчик и Исполнитель несут в равных частях.

2.4.4. Исполнитель обязан обеспечить представителю Заказчика, осуществляющего проверку, возможность свободного ознакомления с деятельностью Исполнителя, связанную с исполнением условий настоящего Договора.

3. ПОРЯДОК МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

3.1. Исполнитель оказывает квалифицированные медицинские услуги Застрахованным при предъявлении договора страхования (пластиковой карты), а в случае отсутствия такового, на основании списка Застрахованных (Приложение №3) и документов, удостоверяющих личность Застрахованного.

3.2. При оказании медицинских услуг Исполнитель контролирует:

- срок действия договора страхования Застрахованного;
- право на обслуживание по предъявляемому договору страхования путем сверки данных документа, удостоверяющего личность, с данными, указанными в договоре страхования и Списке Застрахованных;
- соответствие оказываемых медицинских услуг Программе добровольного медицинского страхования Заказчика (Приложение № 2).

3.3. При оказании медицинских услуг по предоставлению гарантийного письма Заказчика, для определения возможности оказания медицинских услуг, Исполнитель руководствуется полученной от Заказчика информацией.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Исполнитель оформляет и направляет Заказчику в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным все необходимые документы для проведения взаиморасчетов: счет, реестр медицинских услуг и акт выполненных работ.

4.2. Заказчик оплачивает предоставленные Исполнителем медицинские услуги Застрахованным в течение _____ (_____) банковских дней со дня получения от Исполнителя необходимых документов.

За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, произошедшую по вине Заказчика, Заказчик уплачивает пени в размере _____% от суммы задолженности за каждый день просрочки, но не более суммы платежа.

В случае невозможности оказания медицинских услуг, возникшей по какой-либо причине, услуги оплате не подлежат.

4.3. Заказчик по результатам медико-экономического контроля (Приложение № 4) в случае обнаружения неточностей или ошибок в формировании платежно-расчетных документов, а также при нарушении договорных обязательств, вправе полностью или частично отказаться от оплаты предоставленных медицинских услуг, а в случае если данные услуги оплачены, денежные средства возвращаются Заказчику или зачитываются при следующих взаиморасчетах.

4.4. Один раз в квартал Заказчик и Исполнитель производят сверку взаиморасчетов по настоящему договору с составлением Акта взаиморасчетов.

4.5. Годовая выверка взаиморасчетов производится не позднее _____.

4.6. В случае прекращения настоящего договора Стороны производят окончательные взаиморасчеты не позднее _____ (_____) календарных дней после прекращения договорных отношений.

4.7. Расчеты осуществляются в рублях, путем безналичного перечисления.

4.8. В случае изменения сроков и условий оплаты медицинских услуг, порядок взаиморасчетов определяется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Споры, возникающие в процессе исполнения настоящего Договора, разрешаются путем непосредственных переговоров между сторонами. В случае недостижения сторонами согласия, спор передается на разрешение суда.

5.2. Стороны обязуются сохранить конфиденциальность в вопросах, связанных с медицинским обслуживанием Застрахованных.

5.3. Стороны обязуются хранить коммерческую тайну, которая стала им известна в результате совместной деятельности, и не разглашать информацию, имеющую конфиденциальный характер.

При этом ответственность за нарушение указанного выше обязательства наступает только в том случае, если Сторона была предупреждена о том, что данная информация является коммерческой тайной и/или носит конфиденциальный характер.

6. ФОРС-МАЖОР

Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если докажет, что неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Сторона не могла предвидеть и предотвратить разумными мерами. К таким обстоятельствам чрезвычайного характера относятся пожар, наводнение, землетрясение и иные явления природы, а также военные действия и другие обстоятельства вне разумного контроля сторон.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Срок действия Договора с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Если ни одна из сторон за ____ (_____) месяц до окончания настоящего Договора не заявит о его расторжении и не предложит иные условия, Договор считается продленным на каждый последующий год на тех же условиях, с обязательным предоставлением Сторонами новых лицензий, доверенностей и других документов, в случае окончания срока ранее действовавших документов.

7.2. Все изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены посредством дополнительного соглашения, подписанного сторонами.

7.3. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе одной из Сторон. В этом случае заинтересованная Сторона обязана известить другую сторону письменно за ____ (_____) дней до предполагаемой даты расторжения.

7.4. Во всех случаях расторжения договора Стороны обязаны в течение ____ (_____) банковских дней произвести взаимные расчеты, связанные с исполнением настоящего договора, в том числе, при необходимости по возмещению убытков, которые могут возникнуть в результате прекращения договорных отношений и согласно действующему Законодательству Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Все приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

8.2. Все уведомления, дополнения, изменения, поручения и сообщения, сделанные в связи с исполнением настоящего Договора, будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, телефаксом или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным почтовым адресам сторон.

8.3. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов, изменениях, связанных с лицензией

8.4. В случае прекращения лицензии одной из сторон, стороны обязаны оповещать об этом друг друга за 1 (Один) месяц до указанного события.

8.5. Стороны предусматривают возможность установления специальных цен и программ медицинского обслуживания для отдельных контингентов Застрахованных.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Прейскурант на медицинские услуги (Перечень и стоимость медицинских услуг) (Приложение № 1).
2. Программа добровольного медицинского страхования (Приложение № 2).
3. Форма Списка Застрахованных (Приложение № 3).
4. Положение о медико-экономическом контроле и экспертизе качества медицинской помощи (Приложение №4).

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик:

Исполнитель:

От имени Заказчика:

От имени Исполнителя:

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ по добровольному медицинскому страхованию граждан

Базовая брутто-ставка (годовая) по каждой программе страхования:

Программа страхования	Категория	Брутто-ставка Т _б (в % от страховой суммы)
Программа №1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»	максимум	67,90
	оптимум	1,09
Программа №2. «Стоматологическая помощь»	максимум	34,80
	оптимум	1,16
Программа №3. «Скорая и неотложная медицинская помощь»		0,31
Программа №4. «Стационарная помощь»	максимум	64,70
	оптимум	0,38
Программа №5. «Семейный (личный) врач»		3,86
Программа №6. «Реабилитационно-восстановительное лечение»		92,51
Программа №7. «Врач офиса»		1,04
Программа №8. «Комплексная медицинская помощь»	максимум	73,47
	оптимум	0,33
Программа №9. «Дородовое наблюдение беременных женщин»		1,10
Программа №10. «Родовспоможение»		4,36
Программа №11. «Комплексная медицинская помощь для детей до 1 года»		2,27
Программа №12. «Комплексная медицинская помощь для детей от 1 года до 18 лет»		1,62

При заключении договоров страхования Страховщик имеет право использовать при расчете тарифа поправочные коэффициенты: понижающие - от 0,99 до 0,05; повышающие от 1,01 до 5,0, зависящие от пола, возраста, количества Застрахованных, истории договора (убыточность, прибыльность за предыдущие периоды страхования), особенностей производственной деятельности (повышенный травматизм, наличие профессиональных вредностей и т.д.), категории выбранного медицинского учреждения и т.д. Для определения размеров поправочных коэффициентов использовались статистические данные ОАО СГ «Спасские ворота», а также экспертные оценки специалистов Страховщика, основанные на опыте страхования и практике страхового рынка:

Поправочный коэффициент **К1**, зависящий от пола и возраста Застрахованного лица:

Мужчины											
возраст	1-2	3-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Коэф-т К1	2.53	2.00	1.65	0.78	0.9	0.72	1.00	1.4	1.53	1.73	2.04
Женщины											
возраст	1-2	3-4	5-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Коэф-т К1	2.53	2.00	1.65	1.53	1.89	1.54	1.5	1.87	2.61	1.89	2.7

Поправочный коэффициент **К2**, зависящий от количества Застрахованных лиц:

Количество застрахованных лиц	Значение коэффициента К2
1 – 10	2,01-2,6
11 – 25	1,51-2

26 – 50	1,21-1,5
51 – 100	1,01-1,2
101 и более	1

Поправочный коэффициент **К3**, зависящий от категории медицинского учреждения:

Категория мед. учреждения	Значение коэффициента К3
VIP	5,00 – 3,00
Повышенной оснащенности	2,99 - 1,99
Стандарт	1,98 - 1,00
Эконом	0,99-0,10

Поправочный коэффициент **К4**, зависящий от истории договора (убыточность/прибыльность, т.е. отношение страховых выплат по договору к нетто-премии):

Степень убыточности/прибыльности	Значение коэффициента К4
Более 1,00	1,50 – 3,00
0,99 - 0,80	1,49 – 1,00
0,79 – 0,60	0,99 – 0,80
0,59 – 0,40	0,79 – 0,60
0,39 и менее	0,59 – 0,40

Поправочный коэффициент **К5**, зависящий от перечня видов медицинской помощи и иных услуг, включенных в программу страхования.

Программа страхования	категория	Значение коэффициента К5
Программа №1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»	максимум	0,3 – 2,5
	оптимум	0,2 – 2,5
Программа №2. «Стоматологическая помощь»,	максимум	0,3 – 2,5
	оптимум	0,2 – 2,5
Программа №3. «Скорая и неотложная медицинская помощь»		0,3 – 2,0
Программа №4. «Стационарная помощь»,	максимум	0,3 – 2,5
	оптимум	0,2 – 2,5
Программа №5. «Семейный (личный) врач»		0,5 – 2,0
Программа №6. «Реабилитационно - восстановительное лечение»		0,2 – 2,0
Программа №7. «Врач офиса»		0,2 – 2,0
Программа № 8 «Комплексная медицинская помощь»	максимум	0,2 – 3,5
	оптимум	0,1 – 3,5
Программа №9. «Дородовое наблюдение беременных женщин»		0,3 – 2,5
Программа №10. «Родовспоможение»		0,3 – 2,5
Программа №11. «Комплексная медицинская помощь для детей до 1 года»		0,4 – 4,5
Программа №12. «Комплексная медицинская помощь для детей до 1 года до 18 лет»		0,3 – 4,5

При заключении договора могут быть использованы различные виды страховых сумм.

Размер страховой премии зависит от варианта выбранной страховой суммы:

Вид страховой суммы	Порядок расчета страховой премии
Индивидуальная страховая сумма на каждое Застрахованное лицо, отдельная по каждой программе страхования (п.4.2.2 Правил)	1. Рассчитывается размер брутто-тарифа по каждой программе страхования в соответствии с разделом 2 и п.3.1 Раздела 3. 2. Рассчитывается размер страховой премии по каждой программе страхования на основании полученного брутто-тарифа и установленных для каждой программы страховых сумм. 3. Общий размер страховой премии рассчитывается путем суммирования полученных в п.2 значений
Индивидуальная страховая сумма на каждое Застрахованное лицо, единая по всем	1. Рассчитывается размер брутто-тарифа по каждой программе страхования в соответствии с разделом 2 и п.3.1 Раздела 3. 2. Рассчитывается размер страховой премии по каждой программе страхования на основании полученного брутто-тарифа и установленных для каждой программы

программам страхования (п.4.2.1 Правил)	страхования страховых сумм. 3. Размер страховой премии по всем видам медицинской помощи и иным услугам рассчитывается путем суммирования полученных в п.2 значений. 4. Размер страховой премии, полученной в п.3, корректируется в связи с использованием варианта страховой суммы - «индивидуальная страховая сумма на каждое Застрахованное лицо, единая по всем программам страхования» - путем применения поправочного коэффициента К6 : от 0,05 до 0,99
Общая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, включенных в договор, отдельно по каждой программе страхования (п.4.2.4 Правил)	1. Рассчитывается размер брутто-тарифа по каждой программе страхования в соответствии с разделом 2 и п.3.1 Раздела 3 по каждому Застрахованному лицу. 2. Рассчитывается размер страховой премии по каждой программе страхования на основании полученного брутто-тарифа и установленной страховой суммы по каждой программе страхования для каждого Застрахованного лица. 3. Размер страховой премии по каждой программе страхования рассчитывается путем суммирования полученных в п.2 значений по всем Застрахованным лицам. 4. Размеры страховых премий по каждой программе страхования, полученные в п.3, корректируется в связи с использованием варианта страховой суммы - «общая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, отдельно по каждой программе страхования» - путем применения поправочного коэффициента К7 : от 0,05 до 0,99. 5. Размер страховой премии (по договору) рассчитывается путем суммирования размеров страховых премий по каждой программе страхования, полученных в п.4.
Общая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, единая по всем программам страхования (п.4.2.3 Правил)	1. Рассчитывается размер брутто-тарифа по каждой программе страхования в соответствии с разделом 2 и п.3.1 Раздела 3 по каждому Застрахованному лицу. 2. Рассчитывается размер страховой премии по каждой программе страхования на основании полученного брутто-тарифа и установленной страховой суммы по каждой программе страхования для каждого Застрахованного лица. 3. Размер страховой премии по всем видам медицинской помощи и иным услугам рассчитывается путем суммирования полученных в п.2 значений по всем Застрахованным лицам. 4. Размер страховой премии, полученной в п.3, корректируется в связи с использованием варианта страховой суммы - «общая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, единая по всем программам страхования» - путем применения поправочного коэффициента К8 : от 0,05 до 0,99

При заключении договора страхования может быть предусмотрено применение франшизы (п.4.6. Правил). Для расчета страховой премии с учетом данного условия используется поправочный коэффициент **К9**: от 0,05 до 0,99.

Расчет размера страховой премии, уплачиваемой «в рассрочку» (п. 5.5. Правил), производится путем умножения рассчитанного в соответствии с предыдущими разделами единовременного взноса на поправочные коэффициенты, зависящие от порядка уплаты страховой премии.

Если страховая премия уплачивается равными платежами с частотой m раз в год, то величина каждого взноса равна произведению, рассчитанного в соответствии с предыдущими разделами единовременного взноса на поправочный коэффициент **К10**:

Периодичность уплаты страховой премии – m раз в год	2	4	12
К10	0,51	0,256	0,086

Если страховая премия уплачивается платежами в течение ограниченного периода, то величина страховой премии равна произведению рассчитанного в соответствии с предыдущими разделами единовременного взноса на поправочный коэффициент **К11**:

Период уплаты страховой премии, в месяцах	3	6	9
К11	1,008	1,02	1,024

При страховании на срок не равный 1 году страховая премия рассчитывается следующим образом:

При страховании на срок меньший 1 года единовременный страховой взнос, рассчитанный в соответствии с предыдущими разделами, умножается на поправочный коэффициент **K12**, зависящий от срока страхования (неполный месяц при расчете принимается за полный):

Срок действия договора, в месяцах	K12
1	0,2
2	0,3
3	0,4
4	0,5
5	0,6
6	0,7
7	0,75
8	0,8
9	0,85
10	0,9
11	0,95

При страховании на срок больший 1 года единовременный страховой взнос, рассчитанный в соответствии с предыдущими разделами, умножается на поправочный коэффициент **K13**:

$$K13 = n/12, \quad \text{где}$$

n – срок страхования, в месяцах (неполный месяц при расчете принимается за полный)