

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «АК БАРС-Мед»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

Приказ № 27 от «01» марта 2022 г.



Тайир Гавилевич Каримов

П РА В И Л А

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 9/2-1 от 27.12.2004 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 111/12 от 08.07.2005 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 263/1 от 27.09.2006 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 1056 от 09.10.2006 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 123 от 14.07.2008 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 49 от 04.05.2010 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 1 от 12.01.2015 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 41 от 31.07.2015 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 48 от 01.09.2015 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 17 от 25.05.2016 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 46 от 05.12.2016 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 51 от 01.12.2017 г., в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 14 от 27.02.2018 г., в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 137 от 29.12.2018 г., в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 49 от 30.04.2019 г., в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 252 от 01.10.2020 г., в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 138 от 06.09.2021 г., в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 27 от 01.03.2022 г.)

г. Казань
2022 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	9
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	9
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА.....	9
5. СТРАХОВАЯ СУММА	11
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ	12
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	13
8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	20
9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	25
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	25
11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	28
12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ.....	29
13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....	30
14. СТРАХОВАНИЕ В ВАЛЮТНОМ ЭКВИВАLENTE.....	31
15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.....	31
16. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	32
17. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА	32
18. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ	32
19. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.....	33
ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	34
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	38
ПРИЛОЖЕНИЕ № 3 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	39
ПРИЛОЖЕНИЕ № 4 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	41
ПРИЛОЖЕНИЕ № 5 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЕ № 6 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	43
ПРИЛОЖЕНИЕ № 7 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	52
ПРИЛОЖЕНИЕ № 8 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	61
1. «Амбулаторная помощь».....	61
2. «Стационарная помощь».....	63
3. «Стоматологическая помощь»	65

4.	«Стоматология «ЭКОНОМ».....	65
5.	«Стоматология «СТАНДАРТ»	66
6.	«Стоматология «VIP».....	67
7.	«Комплексная медицинская помощь».....	68
8.	«Комплексная медицинская помощь «Стандарт»	72
9.	«Медицинский СТАНДАРТ».....	77
10.	«Медицинский СТАНДАРТ ПЛЮС»	79
11.	«Поликлиническое обслуживание»	81
12.	«Госпитальное обслуживание»	85
13.	«Поликлиника ЭКОНОМ»	89
14.	«Поликлиника СТАНДАРТ».....	91
15.	«Поликлиника ОПТИМА»	93
16.	«SILVER».....	95
17.	«GOLD».....	100
18.	«PLATINUM».....	105
19.	«Родовспоможение»	111
20.	«Скорая (неотложная) медицинская помощь»	111
21.	«Реабилитационно-восстановительное лечение»	112
22.	«Лекарственная помощь»	112
23.	«Будь здоров» (Поликлиника).....	113
24.	«Будь здоров» (Поликлиника, Помощь на дому)	116
25.	«Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология)	118
26.	«Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология, Помощь на дому)	122
27.	«Будь здоров ЭКОНОМ» (Поликлиника).....	126
28.	«Детский доктор» (Поликлиника).....	129
29.	«Детский доктор» (Поликлиника, Помощь на дому)	131
30.	«НС».....	133
31.	«Антиклещ»	138
32.	«Антиклещ ОПТИМА».....	142
33.	«ГЛПС»	146
34.	«ДМС при ДТП».....	149
35.	«Комплекс «Здоровье»	154
36.	«Комплекс «Здоровье ОПТИМА»	163
37.	«Антигрипп»	172
38.	«Антигрипп Плюс»	176
39.	«Антигрипп PRO».....	180
40.	«Антивирус».....	184
41.	«Антивирус 2.0.».....	191
42.	«Консультант»	198
43.	«Мобильный доктор».....	201
44.	«Мобильный доктор ПЛЮС».....	206
45.	«Дежурный врач».....	207
46.	«ИНТЕРПОЛИС»	210
47.	«ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».....	216
48.	«ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС».....	222
49.	«ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС»	226

50.	«ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС»	230
51.	«ПОЛИС Студенческий».....	235
52.	«ПОЛИС Студенческий ПЛЮС».....	243
53.	«ОНКОСТОП».....	250
54.	«ОНКОСТОП I»	257
55.	«Полис Путешественника»	263
56.	«ШИФА».....	268
57.	«Защита медицинского персонала».....	271
58.	«Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения».	276
ПРИЛОЖЕНИЕ № 9 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		285
ПРИЛОЖЕНИЕ № 10 К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		287

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами Центрального банка Российской Федерации, иными подзаконными актами, касающимися страхового дела настоящие Правила добровольного медицинского страхования (именуемые в дальнейшем – Правила) регулируют отношения, возникающие между субъектами добровольного медицинского страхования.

1.2. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные термины:

- *субъекты* - лица, участвующие в добровольном медицинском страховании;
- *страховщик* – страховая организация Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и получившая в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации;
- *страхователи* - юридические лица любой организационно-правовой формы, физические лица, зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор (Полис) страхования);
- *застрахованный* - указанное в Договоре (Полисе) страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор (Полис) страхования.
- *получатель страховых услуг* – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор (Полис) страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и/или выгодоприобретатель по заключенному Договору (Полису) страхования.
- *медицинские организации* - находящиеся как на территории Российской Федерации, так и на территории иностранных государств лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации;
- *аптечные организации* – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских организаций), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации и имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности;
- *иные организации* – сервисные или ассистанские компании и организации, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры на предоставление услуг ассистанса;
- *ассистанс* – услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи, в том числе оказание услуг по репатриации и другие;
- *медицинская помощь (медицинская услуга)* – мероприятие или комплекс мероприятий, непосредственно направленных на профилактику, диагностику и лечение Заболевания, имеющих определенную цену. Медицинская помощь может быть консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической.
- *телемедицинские консультации* - передача медицинской информации по электронным каналам связи.
- *иные услуги* – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи, имеющие определенную цену. К Иным услугам относятся в частности:

организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортного пребывания в Медицинской организации (палата улучшенной комфортности, дополнительное питание и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения в стационарных, в т.ч. санаторно-курортных условиях, если оно не входит в стоимость Медицинской помощи (стоимость койко-дня); оформление Медицинской и Иной организацией различной документации, связанной с оказанием Медицинской помощи; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи; другие услуги, оказываемые Медицинскими и Иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им Медицинской помощи;

- *медико-транспортные услуги* – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в Медицинскую организацию и/или из Медицинской организации до места постоянного проживания Застрахованного, с учетом состояния здоровья Застрахованного (в сопровождении медицинского персонала - при наличии медицинских показаний).

- *услуги по репатриации* – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного либо его тела, в случае смерти Застрахованного, транспортным средством в иной населенный пункт, страну;

если Застрахованный является иностранным гражданином – до транспортного узла прямого международного сообщения, ближайшего к месту постоянной регистрации Застрахованного, от места пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации;

если Застрахованный является гражданином Российской Федерации – из страны пребывания до ближайшей к месту постоянного проживания или гражданства Застрахованного Медицинской организации или до ближайшего транспортного узла прямого международного сообщения (областного/республиканского административного центра).

- *лекарственная помощь* – обеспечение Застрахованных необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также иными средствами и предметами медицинского назначения, назначенными лечащим врачом для проведения диагностических, лечебных, реабилитационно-восстановительных и профилактических мероприятий, предполагающая оплату Страховщиком их стоимости;

- *лекарственные препараты* - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний, имеющие определенную цену;

- *изделия медицинского назначения* – инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, имеющие определенную цену. Применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению врача, предназначенные для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний.

- *заболевание (болезнь)* – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

- *страховой риск* – совокупность предполагаемых событий, на случай наступления которых проводится добровольное медицинское страхование и которые могут быть признаны Страховым случаем;

- *страховой случай* – совершившееся документально подтвержденное событие из числа Страховых рисков предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату;

- *страховая выплата (выплата страхового возмещения)* – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором (Полисом) страхования обязан выплатить при наступлении Страхового случая;

- *страховая сумма* – определенная Договором (Полисом) страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату;

- *неагрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по каждому Страховому случаю (независимо от их числа), произошедшему в период срока действия Договора (Полиса) страхования. Неагрегатная страховая сумма не уменьшается на сумму выплаченного Страхового возмещения в течение срока действия Договора (Полиса) страхования, но не более одного года.

- *агрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по всем Страховым случаям, произошедшим в период срока действия Договора (Полиса) страхования. Агрегатная страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного Страховщиком в период действия Договора (Полиса) страхования Страхового возмещения.

- *лимит ответственности* – ограничение обязательств Страховщика по осуществлению Страховой выплаты при наступлении Страхового случая;

- *франшиза* – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования. Франшиза может быть условной и безусловной (устанавливается в процентах от Страховой суммы, либо как абсолютная величина – в денежном выражении):

при условной Франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размера Франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает Франшизу;

при безусловной Франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом размера Франшизы;

временная Франшиза предполагает исключение из страхового покрытия конкретного периода времени.

- *выжидательный период* – срок, установленный в Договоре (Полисе) страхования, между датой уплаты Страховой премии и датой начала срока страхования, по истечении которого событие, предусмотренное Договором (Полисом) страхования может быть рассмотрено в качестве Страхового случая;

- *страховая премия (взнос)* – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором (Полисом) страхования. Страховой взнос – часть Страховой премии при ее уплате в рассрочку;

- *страховой тариф* – ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия Франшизы и ее размера;

- *программа добровольного медицинского страхования* – включает: виды, формы, объем и условия предоставления Медицинской помощи Застрахованным;

- *договор добровольного медицинского страхования (договор (Полис) страхования)* – соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователю/Застрахованному при наступлении Страхового случая. Договор (Полис) страхования может быть составлен как с обязательными подписями сторон (Страхователя и Страховщика), так и с оговоренными условиями Договора (Полиса) страхования аналогам подписей (цифровая подпись, факсимиле и др.);

- *дата заключения Договора (Полиса) страхования* – дата выдачи Договора (Полиса) страхования или дата оформления Договора (Полиса) страхования на сайте Страховщика.

При принятии Страхователем Оферты Страховщика датой заключения Договора (Полиса) страхования является дата уплаты Страховой премии.

Условиями страхования может быть специально оговорен иной срок Даты заключения Договора (Полиса) страхования для отдельных Программ добровольного медицинского страхования.

- *срок страхования (срок действия Договора (Полиса) страхования)* - период времени, определяемый Договором (Полисом) страхования, при наступлении Страхового случая, в течение

которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат в соответствии с Договором (Полисом) страхования.

Договором (Полисом) страхования может быть специально оговорен срок страхования для отдельных Программ добровольного медицинского страхования или Страховых случаев.

- *оферта Страховщика* – предложение Страховщика заключить Договор (Полис) страхования. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика на предложенных условиях считается уплата Страховой премии;

- *активация Страхователем Полиса-Оферты* – проставление специальной отметки Страхователем в электронном виде на Официальном сайте Страховщика в сети «Интернет»;

- *автоматическая активация Полиса-Оферты* – Полис активируется Страховщиком автоматически с 00 час.00 мин на 15 (Пятнадцатый) день с даты уплаты Страховой премии;

- *официальный сайт Страховщика* – сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (www.akbarsmed.rf), содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанной в Едином государственном реестре субъектов страхового дела;

- *личный кабинет Страхователя* - страница на Официальном сайте Страховщика с функцией внесения информации и документов Страхователя;

- *личный кабинет Застрахованного* - страница на Официальном сайте Страховщика с персональной информацией Застрахованного, в том числе в Мобильном Приложении Страховщика;

- *мобильное Приложение Страховщика* – программный продукт Страховщика с функциями Личного кабинета Застрахованного, размещенный в сети Интернет на платформе Google Play и App store;

- *офис* – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение, изменение и/или расторжение Договора (Полиса) страхования, и/или прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и/или прием заявлений и других обращений Получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся к Страховщику;

- *доверенность* - письменное уполномочие, выдаваемое одним лицом другому лицу или другим лицам для представительства перед Страховщиком;

- *претензия* - направленная Страховщику Получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа на официальный электронный адрес жалоба о восстановлении или нарушении прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью Страховщика по оказанию страховых услуг;

- *электронный документ* - документированная информация, представленная в электронной форме, то есть в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 8 к настоящим Правилам) и обеспечивает получение Медицинской помощи сверх установленной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.4. Договор (Полис) страхования заключается в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования и предусматривает финансирование и организацию Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, определенных Договором (Полисом) страхования либо возмещение Страхователю/Застрахованному понесенных расходов за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, предусмотренную Договором (Полисом) страхования.

Договор (Полис) страхования может быть заключен, как на условиях одной Программы добровольного медицинского страхования, так и нескольких Программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных настоящими Правилами.

Перечень Медицинских услуг, перечисленных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования, может быть изменен по соглашению между Страхователем и Страховщиком, о чем в Договоре (Полисе) страхования должно быть оговорено специально.

1.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Условия страхования (в том числе выдержки из Правил), Программы добровольного медицинского страхования к отдельному Договору (Полису) страхования или отдельной группе Договоров (Полисов) страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Условия страхования прилагаются к Договору (Полису) страхования и являются его неотъемлемой частью либо размещаются на Официальном сайте Страховщика.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Под маркетинговыми названиями понимаются названия отдельных групп единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

1.7. В соответствии с ФЗ от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора (Полиса) страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В качестве Субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Медицинская организация, Аптечная организация, Иные организации, Застрахованный.

2.2. Договор (Полис) страхования может быть заключен физическими лицами (Страхователями) как в отношении самих себя, то есть Страхователь и Застрахованный в заключаемом Договоре (Полисе) страхования одно и то же лицо, так и в отношении других лиц (Застрахованных), а также юридическими лицами в отношении физических лиц, являющихся как работниками данного юридического лица, так и не являющихся таковыми.

2.3. На условиях настоящих Правил заключаются Договоры (Полисы) страхования в пользу физических лиц в возрасте до 90 лет включительно, на момент заключения Договора (Полиса) страхования проживающих на территории Российской Федерации.

Программами добровольного медицинского страхования могут устанавливаться ограничения по возрасту лиц, подлежащих страхованию.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программами добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в Договоре (Полисе) страхования.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

4.1. Страховым случаем признается:

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором (Полисом) страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных

услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования;

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором (Полисом) страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования;

4.2. Объем ответственности Страховщика по Договору (Полису) страхования определяется перечнем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, включенной (включенных) в Программу (Программы) добровольного медицинского страхования, и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, в которых Застрахованные вправе получить в пределах Страховой суммы Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, предусмотренную (предусмотренные) Договором (Полисом) страхования.

Страховщик оставляет за собой право определять Медицинскую организацию, исходя из озвученных Застрахованным проявлений Заболевания, с учетом видов, условий оказания услуг, предоставляемых Медицинскими организациями, территориального расположения Медицинской организации и др.

Страхователь вправе в течение срока действия Договора (Полиса) страхования по согласованию со Страховщиком изменить перечень Программ добровольного медицинского страхования. Изменение количества Программ добровольного медицинского страхования по Договору (Полису) страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

4.3. При заключении Договора (Полиса) страхования Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации: Медицинской помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным по технологиям, применяемым в Медицинских и/или Иных организациях определенных Договором (Полисом) страхования; Лекарственной помощи, оказываемой Застрахованным в Аптечных организациях, определенных Договором (Полисом) страхования.

4.4. На добровольное медицинское страхование не принимаются (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования):

а) лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИД;

б) инвалиды I группы или дети – инвалиды;

в) больные онкологическими заболеваниями;

г) лица старше 90 лет.

4.5. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования), если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

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

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения;

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом;

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

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании;

к) в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральная оспа, полиомиелит, ТОРС и другие), в случае возникновения пандемии и/или объявления режима повышенной готовности;

л) за выплатой или медицинской помощью работнику, пострадавшему при несчастном случае на производстве.

4.6. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

4.7. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором (Полисом) страхования.

4.8. При заключении Договора (Полиса) страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием, если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования, возникновение или обострения Заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому Заболеванию.

4.9. В пределах объема страховой ответственности по Договору (Полису) страхования Страховщик вправе установить Лимиты ответственности и/или Франшизы.

Договором (Полисом) страхования могут быть предусмотрены Лимиты ответственности по Программе добровольного медицинского страхования, Страховому риску, Страховому случаю, виду Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иной услуги, Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, периоду оказания Медицинской помощи, прочим основаниям.

Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном, процентном или натуральном/абсолютном выражении (например, по количеству койко-дней, процедур и т.д.).

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору (Полису) страхования определяется Страховщиком и Страхователем по согласованию.

Страховая сумма отражает предельный уровень страхового возмещения по Договору (Полису) страхования, то есть общая сумма Страховых выплат в течение срока действия Договора (Полиса) страхования ни при каких условиях не может превышать установленную Страховую сумму.

5.2. Страхователь вправе в течение срока действия Договора (Полиса) страхования по согласованию со Страховщиком изменить уровень страхового возмещения (увеличить и/или уменьшить Страховую сумму) с уплатой дополнительной Страховой премии (взноса) (в случае увеличения Страховой суммы) или уменьшения части Страховой премии (взноса) (в случае уменьшения Страховой суммы) пропорционально истекшему сроку действия основного Договора (Полиса) страхования.

Изменение Страховой суммы по Договору (Полису) страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

5.3. При заключении Договора (Полиса) страхования по нескольким Программам добровольного медицинского страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в пределах Страховой суммы по каждой из Программ добровольного медицинского страхования.

5.4. Страхование осуществляется на условиях агрегатной Страховой суммы, т.е. после Страховой выплаты Страховая сумма по Договору (Полису) страхования уменьшается на размер Страховой выплаты.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. При определении размера Страховой премии (взноса), подлежащей уплате по Договору (Полису) страхования, Страховщик, в каждом конкретном случае, применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие Страховую премию (взнос), с учетом размера Страховой суммы, выбранной (выбранных) Страхователем Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, уровня Медицинской организации, срока действия Договора (Полиса) страхования, состояния здоровья Застрахованного, рода деятельности Застрахованного, численности Застрахованных и иных условий.

Страховщик вправе применить коэффициенты (повышающие или понижающие) к базовым тарифам.

6.2. Страховая премия (взнос) по Договору (Полису) страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку, наличными денежными средствами либо в безналичном порядке.

Порядок уплаты Страховой премии (взноса) и форма проведения расчетов определяются в Договоре (Полисе) страхования.

Уплата Страховой премии по Договору (Полису) страхования путем акцепта (принятия) Оферты Страховщика производится только единовременно.

6.3. Страхователь обязан уплатить Страховщику Страховую премию (взнос) в течение 5 (Пяти) банковских дней (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования) с даты заключения Договора (Полиса) страхования.

6.4. При неуплате Страховой премии (взноса) Договор (Полис) страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса. Договоренность об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса оформляется дополнительным соглашением и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

6.5. Если иное не установлено Договором (Полисом) страхования, датой уплаты Страховой премии (Страхового взноса) признается:

- дата внесения денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика при наличных расчетах;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- дата зачета встречных требований.

Факт уплаты Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами должен быть подтвержден квитанцией на получение страховой премии (взноса) или кассовым чеком.

Уплата Страховой премии (взноса) не считается состоявшейся, если платеж произведен с нарушением законодательства, регулирующего порядок расчетов.

Страховщик не освобождается от обязанности исполнения Договора (Полиса) страхования в случае несвоевременного перечисления Страховщику Страховой премии либо ее перечисления не в полном объеме уполномоченным представителем Страховщика.

6.6. В случае, если Договором (Полисом) страхования предусмотрено внесение Страховой премии в рассрочку, Договором (Полисом) страхования могут быть предусмотрены следующие последствия:

- зачет суммы просроченного Страхового взноса при определении размера Страховой выплаты;
- досрочное прекращение Договора (Полиса) страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок Страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение Страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение Договора (Полиса) страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части Страховой премии за период действия Договора (Полиса) страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Страхователь не освобождается от обязанности уплатить Страховую премию, если исполнение такой обязанности к моменту прекращения Договора (Полиса) страхования просрочено.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор (Полис) страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется финансировать и организовывать Застрахованным Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, определенного объема и качества, согласно Программе (Программам) добровольного медицинского страхования, а Страхователь обязуется оплатить Страховую премию, в соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования.

Договор (Полис) страхования заключается сроком до одного года, на один год или на срок более одного года. Срок действия Договора (Полиса) страхования может быть продлен по письменному соглашению сторон, с уплатой дополнительной Страховой премии.

Договор (Полис) страхования по настоящим Правилам может быть заключен:

- в виде электронного документа через Официальный сайт Страховщика www.акбарсмед.рф;
- в письменной форме при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор (Полис) страхования;
- путем акцепта (принятия) публичной Оферты, объявленной Страховщиком.

Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении Договора (Полиса) страхования и прилагаемые к нему документы (при наличии) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки - разборчивое заполнение.

Заявление подписывается Страхователем.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации. К Договору страхования прилагается Заявление Страхователя со списком Застрахованных, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

Отдельными Программами добровольного медицинского страхования допускается заключение Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса страхования, без оформления Заявления от Страхователя. Полис страхования – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования без Заявления Страхователя и на Условиях страхования.

Если в Договоре (Полисе) страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре (Полисе) страхования либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору (Полису) страхования как его неотъемлемая часть, либо Договор (Полис) страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на Официальном сайте Страховщика, либо

Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

Настоящие Правила могут быть предоставлены Страхователю на бумажном носителе или путем информирования его об адресе размещения Правил на Официальном сайте Страховщика, или путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты, или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил.

Направление Правил по указанному Страхователем адресу электронной почты или ссылки на Правила, размещенные на Официальном сайте Страховщика, или вручение Страхователю электронного носителя информации, является надлежащим вручением Правил.

7.2. Договор страхования содержит следующие сведения:

- наименование сторон;
- срок действия Договора страхования;
- численность Застрахованных, подтвержденную точным списком Застрахованных по Договору страхования;
- размер, сроки и порядок внесения Страховой премии (взноса);
- размер Страховой суммы;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон;
- иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Договор страхования с юридическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении № 6 к настоящим Правилам.

Договор страхования с физическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении № 7 к настоящим Правилам.

Договор страхования в упрощенной форме в виде полиса содержит следующие сведения:

- наименование сторон;
- срок действия Договора страхования;
- размер Страховой премии;
- размер Страховой суммы;
- иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

При подписании Договора (Полиса) страхования Страховщик, руководствуясь пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса РФ, вправе согласовать со Страхователем использование факсимильного воспроизведения подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договор (Полис) страхования и приложения к нему с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи.

В указанном случае факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика в Договоре (Полисе) страхования и приложениях к нему, а также в сопровождающих их документах (письмах, актах, заявлениях и пр.) признается сторонами Договора (Полиса) страхования аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика и является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

7.3. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г. Договор (Полис) страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

7.4. В соответствии с главой 28, ст. 940, 943 Гражданского кодекса Российской Федерации заключение Договора (Полиса) страхования на основании устного или письменного заявления Страхователя может быть осуществлено путем его направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью

почтовой, электронной и иной связи (в том числе в форме электронного документа), что является Офертой для заключения Договора (Полиса) страхования на условиях, содержащихся в Договоре (Полисе) страхования и в Правилах. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика на предложенных условиях считается уплата Страховой премии или первого Страхового взноса (если Договором (Полисом) страхования предусмотрена уплата Страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в Договоре (Полисе) страхования. При заключении Договора (Полиса) страхования в электронной форме факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и Договора (Полиса) страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

7.5. При заключении Договора (Полиса) страхования в электронной форме бумажный экземпляр Договора (Полиса) страхования у Страховщика отсутствует. Информация по Договору (Полису) страхования хранится в базе данных системы учета Договоров (Полисов) страхования Страховщика.

7.6. Перед заключением Договора (Полиса) страхования Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя с настоящими Правилами, порядком их применения, вручить Страхователю настоящие Правила, о чем делается соответствующая отметка в Договоре (Полисе) страхования или приложениях к нему;

- разъяснить условия, на которых может быть заключен Договор (Полис) страхования, включающие информацию об: объекте страхования, Страховых рисках, порядке расчета Страхового тарифа, размере Страховой премии, порядке и условиях осуществления Страховой выплаты, в том числе перечне документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая;

- разъяснить обстоятельства, влияющие на размер Страховой премии, способах и сроках (периодичности) уплаты Страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты Страховой премии (Страховых взносов);

- давать разъяснения о порядке применения франшизы (если применяется), исключениях из перечня страховых событий, о действиях Получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в Страховой выплате или сокращение ее размера;

- разъяснить дополнительные условия, связанные с заключением Договора (Полиса) страхования, в том числе о необходимости проведения обследования Получателя страховых услуг при заключении Договора (Полиса) страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора (Полиса) страхования;

- разъяснить примерный расчет размера Страховой премии, сформированный на основании представленного Страхователем письменного заявления на страхование, уведомить Страхователя о возможном изменении размера Страховой премии, Страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки Страхового риска;

- разъяснить условия возврата Страхователю уплаченной Страховой премии в случае его отказа от Договора (Полиса) страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о отсутствии возврата в соответствии с действующим законодательством;

- разъяснить сроки рассмотрения обращений относительно Страховой выплаты, о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и/или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения Страховщиком о признании события Страховым случаем или о размере Страховой выплаты;

- довести до Получателя страховой услуги информацию о порядке расчета налога, который будет удержан страховой организацией при расчете страховой выплаты (выплаты выкупной суммы) и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового

законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда страховая организация является налоговым агентом;

- довести до Получателя страховой услуги информацию о праве Получателя страховой услуги запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

- информировать Получателя страховой услуги об адресах мест приема документов при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора (Полиса) страхования, а также своевременно информировать Получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на Официальном сайте Страховщика, а также непосредственно Получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования Получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки Страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в Договоре (Полисе) страхования, при обращении Получателя страховых услуг.

7.7. Информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, доводится до Получателя страховой услуги (любого обратившегося лица без исключения) бесплатно в устной форме при его личном взаимодействии с представителем Страховщика или третьим лицом, действующим от имени Страховщика при обращении с намерением заключить Договор (Полис) страхования.

По запросу Получателя страховой услуги информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, может быть предоставлена в удобной для него форме, в том числе на бумажном носителе, в электронной форме, в том числе посредством информационно- телекоммуникационной сети «Интернет».

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия с Получателем страховых услуг способами, указанными в Договоре (Полисе) страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Перед заключением Договора (Полиса) страхования Страховщик предлагает Страхователю указать номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты для направления Страхователю в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, информации об исполнении обязательств по Договору (Полису) страхования.

Заключая Договор (Полис) страхования на основании настоящих Правил, Получатель страховой услуги подтверждает, что он:

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) и согласен с условиями настоящих Правил, условиями страхования, Программами добровольного медицинского страхования и условиями Договора (Полиса) страхования;

- получил экземпляр настоящих Правил, дополнительных условий страхования, Программу добровольного медицинского страхования;

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) с информацией, указанной в п. 7.6. настоящих Правил, что подтверждается или подписью Получателя страховой услуги на Договоре (Полисе) страхования, проставлением Получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на Официальном сайте Страховщика или в Личном кабинете на Официальном сайте Страховщика, или аудио- и/или видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Получателя страховых услуг в Офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности, или иным способом, предусмотренным законом или согласованным с Получателем страховых услуг.

7.8. Заключать от имени Страховщика Договор (Полис) страхования имеет право работник Страховщика и страховой агент (страховой брокер) полномочия которого подтверждены соответствующим документом (доверенность, агентский договор, договор поручения и т.п.).

По требованию Страхователя документ, подтверждающий полномочия лица, подписывающего от имени Страховщика Договор (Полис) страхования, предоставляется Страхователю в форме надлежащим образом заверенной копии.

В Договоре (Полисе) страхования обязательно указываются:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора (Полиса) страхования работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор (Полис) страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- фамилия, имя, отчество (при наличии) агента (брокера) (при подписании Договора (Полиса) страхования агентом (брокером) - физическим лицом, в том числе индивидуальным предпринимателем), лица, подписывающего Договор (Полис) страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- наименование агента (брокера) - юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя агента (брокера), подписывающего Договор (Полис) страхования от имени Страховщика, сведения о документе, подтверждающем его полномочия.

7.9. При заключении Договора (Полиса) страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское обследование и/или медицинское анкетирование лица (лиц), подлежащего (подлежащих) страхованию, и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни для установления группы здоровья (Приложение № 1 к настоящим Правилам). Страховщик уведомляет Получателя страховых услуг о необходимости проведения предварительного медицинского обследования лица, в отношении которого заключается Договор (Полис) страхования, и о порядке его проведения.

При отказе Застрахованного от прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком, или заполнения медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора (Полиса) страхования.

В том случае, если после заключения Договора (Полиса) страхования будет установлено, что Застрахованный указал ложные сведения в медицинской анкете, Страховщик вправе требовать признания Договора (Полиса) страхования недействительным в отношении данного Застрахованного.

Предварительное медицинское обследование может производиться как за счет средств Страхователя, так и за счет средств Страховщика.

7.10. Основанием для заключения Договора страхования с юридическими лицами является письменное Заявление Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя;
- данные о лицах, подлежащих страхованию (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства каждого из них указываются в списке Застрахованных, который является приложением к Заявлению), их количество;
- желаемые условия добровольного медицинского страхования (Программа (Программы) добровольного медицинского страхования);
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с юридическим лицом.

7.11. Основанием для заключения Договора страхования с физическим лицом, кроме случаев заключения Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса, является письменное Заявление Страхователя (Приложение № 3 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства Страхователя и Застрахованного;
- желаемых условий добровольного медицинского страхования (Программы (Программ) добровольного медицинского страхования);
- срока действия Договора страхования;
- других данных, имеющих значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с физическим лицом.

7.12. Договор (Полис) страхования вступает в силу:

а) при уплате Страховой премии (взноса) путем безналичных расчетов – со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика;

б) при уплате Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами – со дня поступления Страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или получения наличных средств представителем Страховщика;

в) договором (Полисом) страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

7.13. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика Страхователем на предложенных условиях считается уплата Страховой премии. При принятии Страхователем Оферты Страховщика датой заключения Договора (Полиса) страхования является дата уплаты Страховой премии.

7.14. На каждого Застрахованного в течение 7 (Семи) рабочих дней после вступления Договора страхования в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования, оформляется Полис добровольного медицинского страхования.

Форма полиса для юридических лиц - Приложение № 4,

Форма полиса для физических лиц - Приложение № 5.

В Полисе добровольного медицинского страхования указывается:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения Застрахованного;
- срок действия Договора страхования.

В Полисе добровольного медицинского страхования также могут быть указаны:

- место работы;
- наименование Страхователя;
- Страховая сумма;
- Страховая премия;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

Полис добровольного медицинского страхования может быть в бумажной форме и в форме индивидуальной пластиковой карточки (в дальнейшем – Пластиковый полис), являющейся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного на получение медицинских услуг по договору страхования. Пластиковый полис содержит:

- уникальный номер;
- ФИО застрахованного;
- срок страхования;
- другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

По согласованию сторон, Полис добровольного медицинского страхования может передаваться Страховщиком Застрахованным в электронном виде через Мобильное приложение или Личный кабинет Застрахованного на Официальном сайте Страховщика.

7.15. При заключении Договора (Полиса) 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 Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования или в его письменном запросе.

При заключении Договора (Полиса) страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы последний не может впоследствии требовать расторжения Договора (Полиса) страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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

7.16. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора (Полиса) страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре (Полисе) страхования прямо указывается на применение настоящих Правил.

При заключении Договора страхования, по форме, указанной в Приложении № 6 к настоящим Правилам и в Приложении № 7 к настоящим Правилам, стороны Договора страхования могут изменить (дополнить или исключить) определенные условия Договора при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

Изменение условий Договора (Полиса) страхования возможно по соглашению сторон.

Соглашение об изменении условий заключенного Договора (Полиса) страхования совершается в письменной форме путем подписания (заключения) Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования.

7.17. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора (Полиса) страхования считаются направленными сторонами друг другу только если они совершены в письменной форме и направлены почтовым отправлением по адресам, указанным в Договоре (Полисе) страхования, а также через Личный кабинет Страхователя на Официальном сайте Страховщика.

7.18. В случае изменения адресов и/или реквизитов, указанных в Договоре (Полисе) страхования, Сторона Договора (Полиса) страхования обязана в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты их изменения, уведомить другую Сторону в форме, позволяющей зафиксировать такое уведомление. Если Сторона не была уведомлена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны в указанный срок, все уведомления и извещения, направленные по адресу, указанному в Договоре (Полисе) страхования при его заключении, будут считаться полученными.

Юридически значимое сообщение/уведомление, сделанное в письменной форме, может быть направлено Стороной Договора (Полиса) страхования в адрес другой Стороны посредством электронной почты, факсимильной и другой связи, позволяющими достоверно установить от кого исходило сообщение/уведомление и кому оно адресовано.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных, в том числе адреса места нахождения, телефона, посредством размещения обновленной информации на Официальном сайте Страховщика.

7.19. В случае утраты Страхователем Договора (Полиса) страхования в период его действия Страховщик выдает Страхователю дубликат Договора (Полиса) страхования на основании его письменного заявления.

По запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, Страховщик предоставляет бесплатно один раз копии действующего Договора (Полиса) страхования, иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования (Правила страхования, Программы добровольного медицинского страхования, дополнительные условия страхования, иные документы в соответствии с условиями, указанными в

Договоре (Полисе) страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных страховых премиях по коллективным Договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр).

7.20. По запросу Страхователя, Страховщик предоставляет документы на бумажном носителе, связанные с получением Страхователем услуги по добровольному медицинскому страхованию, при обращении в Офисы Страховщика (при наличии).

8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

8.1. Право Застрахованного на получение и оплату Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором (Полисом) страхования, наступает после вступления Договора (Полиса) страхования в силу, в соответствии с условиями Программы добровольного медицинского страхования.

8.2. Предоставление Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором (Полисом) страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в Медицинские и/или Аптечные и/или Иные организации, указанные в Договоре (Полисе) страхования.

При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не указанных в Договоре (Полисе) страхования, но имеющих договорные отношения со Страховщиком, необходимо письменное или устное согласие последнего.

Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования может быть предусмотрена необходимость предварительного обращения Застрахованного за направлением в Контакт-центр Страховщика и/или на Официальный сайт Страховщика для получения Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Договоре (Полисе) страхования.

При обращении Застрахованного к Страховщику в случае наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, Застрахованный сообщает:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);
- номер Полиса добровольного медицинского страхования;
- возможно полную информацию об обстоятельствах наступления Страхового случая, известную Застрахованному на момент сообщения (место, дата, время наступления страхового случая, предполагаемые причины и др.).

При обращении Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию предъявляется Полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего по доверенности) в Аптечную организацию по поводу получения Лекарственных препаратов, Изделий медицинского назначения, а также иных средств и предметов медицинского назначения, предъявляется: Полис добровольного медицинского страхования; паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего по доверенности); рецепт установленной формы, выписанный врачом Медицинской организации, с информацией о ФИО Застрахованного, номере Полиса добровольного медицинского страхования, номере амбулаторной карты Застрахованного, за подписью и личной печатью лечащего врача, с проставлением штампа Медицинской организации.

8.3. В соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования Страховщик в счет Страховой суммы либо организывает оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Застрахованному и оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному либо возмещает денежные средства за полученную Медицинскую помощь и/или приобретенные Лекарственные препараты.

8.3.1. Оплата стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказанной (оказанных) Медицинскими и/или Аптечными и/или Иными организациями, производится, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации.

Перечисление денежных средств на счет Медицинской и/или Иной организации производится после получения первичных документов Медицинской и/или Иной организации и проведения Страховщиком медико-экономической экспертизы документации, представленной к оплате по добровольному медицинскому страхованию, а также подписания обеими сторонами акта приема-сдачи выполненных работ, в пределах Страховой суммы, предусмотренной Договором (Полисом) страхования.

В рамках настоящих Правил первичными документами признаются: счет-реестр медицинской помощи, оказанной застрахованным по Договорам (Полисам) страхования, счет на оплату за оказанную Медицинскую помощь, справка для получения путевки, отрывной талон к санаторно-курортной путевке, копия обратного талона к санаторно-курортной карте и другие.

Страховщик вправе осуществлять предоплату (авансирование) Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации.

Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию может быть предусмотрен иной порядок оплаты стоимости Медицинской помощи, оказанной Застрахованному.

8.3.2. В случае если это предусмотрено Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования, Застрахованный (его законный представитель либо лицо, действующее на основании доверенности, согласно Приложению № 11 к настоящим Правилам) может обратиться к Страховщику для получения Страховой выплаты с целью возмещения понесенных расходов за оказанную Медицинскую помощь или приобретение Лекарственных препаратов.

а) При получении Медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, выплата Страхового возмещения осуществляется по фактически понесенным расходам на основании следующих документов:

- заявления на возмещение понесенных расходов;
- копии паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копии Договора (Полиса) страхования;
- выписки из медицинской документации, содержащей: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения с описанием схемы лечения и назначенных Медицинских услуг, а также другой необходимой информации, указанной в Программе добровольного медицинского страхования. Выписка из медицинской документации должна быть подписана лечащим врачом, заверена его личной печатью и печатью Медицинской организации;

- документов, подтверждающих получение Застрахованным Медицинской помощи, с указанием наименования, количества, стоимости и даты оказания медицинских услуг, заверенных печатью и подписью уполномоченного лица Медицинской организации;

- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты оказанной Медицинской помощи, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>)

- документа, подтверждающего правомочия (в случае обращения законного представителя либо лица, действующего по доверенности);

- других документов, предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования.

б) При приобретении Лекарственных препаратов из числа предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования выплата Страхового возмещения осуществляется на основании следующих документов:

- заявления на возмещение понесенных расходов;
- копии паспорта/документа, удостоверяющего личность;

- копии Договора (Полиса) страхования;
- выписки из медицинской документации, содержащей: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения с описанием схемы лечения назначенных Лекарственных препаратов, а также другой необходимой информации, указанной в Программе добровольного медицинского страхования. Выписка из медицинской документации должна быть подписана лечащим врачом, заверена его личной печатью и печатью Медицинской организации;
- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты Лекарственных препаратов, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- документа, подтверждающего правомочия (в случае обращения законного представителя либо лица, действующего по доверенности);
- других документов, предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования.

После того как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по запросу Получателя страховых услуг Страховщик информирует последнего:

- обо всех предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или настоящими Правилами необходимых действиях, которые Получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события Страховым случаем и определения размера Страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;
- о предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или настоящими Правилами форме и способах осуществления Страховой выплаты, направленных на обеспечение прав Получателя страховых услуг на получение Страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре (Полисе) страхования и/или настоящих Правилах.

В случае если условиями конкретного Договора (Полиса) страхования или согласно официальному сообщению Страховщика, размещаемому на Официальном сайте Страховщика, предусмотрена возможность предоставления Получателем страховой услуги (его законным представителем или лица, действующего по доверенности) информации и документов в электронном виде для получения Страховой выплаты, Получатель страховых услуг (его законный представитель или лицо, действующее по доверенности) может представить Страховщику документы, предусмотренные п. 8.3.2. настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Получателя страховой услуги (его законным представителем или лица, действующего по доверенности).

При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законным представителем или лица, действующего по доверенности), или затребовать у Получателя страховой услуги (его законного представителя либо лица, действующего по доверенности) оригиналы или заверенные соответствующими компетентными органами копии документов, представленных в виде электронных документов, заверенных Получателем страховой услуги (его законным представителем или лицом, действующем по доверенности).

В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов срок осуществления Страховой выплаты исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов, указанных п. 8.3.2. настоящих Правил.

В случае если заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, и документы по заявленному событию подаются Получателем страховой услуги (его законным представителем или лицом, действующим по доверенности) в электронном виде, Страховщик вправе до осуществления Страховой выплаты направить Получателю страховой услуги (его законному представителю или лицу, действующему по доверенности) любым доступным способом (коротким текстовым сообщением на телефон, по электронной почте, посредством размещения в Личном кабинете Страхователя на Официальном сайте Страховщика и т.д.) произведенный им расчет Страховой выплаты.

Получатель страховой услуги (его законный представитель или лицо, действующее по доверенности) обязан сообщить о своем согласии или несогласии с размером Страховой выплаты не позднее 2 (Двух) рабочих дней с даты предоставления Страховщиком соответствующего расчета. При согласии с расчетом Страховщика срок выплаты Страхового возмещения исчисляется с даты получения Страховщиком соответствующего согласия или несогласия с размером суммы Страхового возмещения, рассчитанным без предоставления оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов, Получатель страховой услуги (его законный представитель или лицо, действующее по доверенности) обязан в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения от Страховщика соответствующего расчета, предоставить Страховщику оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов, предоставленных им ранее в виде копий, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законного представителя или лица, действующего по доверенности). В последнем случае срок осуществления Страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов.

При получении Страховой выплаты Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) с целью возмещения понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь и/или приобретенные Лекарственные препараты документы, указанные в п. 8.3.2. настоящих Правил, принимаются Страховщиком:

- при личном обращении Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) - по описи, реестру или акту-приема-передачи с указанием даты приема документов. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается уполномоченным представителем Страховщика и Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности). Опись, реестр или акт приема-передачи может вестись Страховщиком с использованием автоматизированной системы, имеющейся в распоряжении Страховщика (его уполномоченного представителя),

- при предоставлении документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет», или по факсу уполномоченный представитель Страховщика проверяет: комплектность документов на соответствие требованиям настоящих Правил и/или Договора (Полиса) страхования; правильность оформления документов; фиксирует прием документа (ов) и дату приема в описи, реестре или акте приема-передачи, или в автоматизированной системе.

В случае, если документы на Страховую выплату были направлены Страховщику без сопроводительного письма, содержащего перечень или опись предоставленных документов, Страховщик не имеет право отказать в их приеме.

В случае выявления факта предоставления Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) документов не в полном объеме (недостаточных для принятия решения о признании события страховым и осуществления Страховой выплаты) и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора (Полиса) страхования, Страховщик:

- принимает документы, при этом срок принятия решения о признании заявленного события страховым не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, указанных в п. 8.3.2. настоящих Правил,

- уведомляет об указанном лице, подавшее заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Страхователей/Застрахованных (их законных представителей либо лиц, действующих на основании доверенности) – физических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществления Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов - 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет» или по факсу.

Срок уведомления Страхователей/Застрахованных (их законных представителей либо лиц, действующих на основании доверенности) – юридических лиц о выявлении факта предоставления

документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществления Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов - 30 (Тридцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением.

Страховщик не имеет права отказать в Страховой выплате по причине утраты им представленных документов на Страховую выплату Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

В случае если Страховщик утратил документы на Страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от Страхователя (Выгодоприобретателя, подавшего документы лица).

Исключение составляют случаи обращения за Страховой выплатой по Договору (Полису) страхования, переданному в составе страхового портфеля. Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на Страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель Страховщику, но не переданных передавшим страховой портфель Страховщиком принявшему страховой портфель Страховщику.

По устному или письменному запросу Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от «27» июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о Страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы Страховой выплаты, которая должна включать:

- а) Страховую сумму (ее часть) или окончательную сумму Страхового возмещения, подлежащую выплате;
- б) порядок расчета Страховой выплаты;
- в) исчерпывающий перечень норм права и/или условий Договора (Полиса) страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

По письменному запросу Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) Страховщик в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней, обязан предоставить ему в письменной форме исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о Страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), направленных на получение Страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому Страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

При непризнании события страховым случаем Страховщик направляет в адрес Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), указанный в заявлении, уведомление об отсутствии оснований для Страховой выплаты.

В случае отсутствия правовых оснований для осуществления Страховой выплаты Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней после принятия решения об отказе в Страховой выплате информирует Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия Договора (Полиса) страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с даты направления такого запроса, предоставляет документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), обосновывающие решение об отказе в Страховой выплате,

бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности), направленных на получение Страховой выплаты.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1. В течение срока действия Договора (Полиса) страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора (Полиса) страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска. Под обстоятельствами, влекущими увеличение Страхового риска, о которых Страхователь обязан сообщить Страховщику, понимаются, например, выявление хронического заболевания или установление инвалидности, о которых Страховщик не может знать и т.д.

При неисполнении Страхователем обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении Страхового риска последний вправе потребовать расторжения Договора (Полиса) страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска, Страховщик вправе в одностороннем порядке изменить условия Договора (Полиса) страхования или уплаты дополнительной Страховой премии (взноса) соразмерно увеличению Страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора (Полиса) страхования или доплаты Страховой премии (взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора (Полиса) страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.3. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора (Полиса) страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Страхователя по Договору (Полису) страхования.

10.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре (Полисе) страхования.

В случае непредоставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

в) при коллективном страховании в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширять (уменьшать) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.3., п. 10.4. настоящих Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) расширять (уменьшать) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повышать (уменьшать) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования;

д) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

е) досрочно расторгнуть Договор (Полис) страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.1.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования, а также иную информацию, связанную с Договором (Полисом) страхования;

б) до даты заключения Договора (Полиса) страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцев;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) предоставлять по запросу Страховщика согласие на обработку персональных данных (в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором (Полисом) страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором (Полисом) страхования:

ж) обеспечить сохранность документов по Договору (Полису) страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным;

и) обеспечить надлежащее хранение Застрахованными Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

й) обеспечить соблюдение Застрахованными предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдение распорядка, установленного Медицинской организацией;

к) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

10.2. Права и обязанности Страховщика.

10.2.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора (Полиса) страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора (Полиса) страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору (Полису) страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь, и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования на условиях настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор (Полис) страхования в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством и настоящими Правилами;

е) в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования;

ж) не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

10.2.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных, установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на Официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

е) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12 настоящих Правил;

ё) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

ж) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

10.3. В случае расширения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них Страховую премию (взнос) за период с момента включения в список Застрахованных до момента окончания периода страхования пропорционально не истекшему сроку действия основного Договора страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их письменного согласия) Договор страхования в отношении этих лиц прекращает свое действие, уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.4. В случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в список Застрахованных.

Замена Страхователем Застрахованного, указанного в Договоре страхования, другим лицом, может быть произведена только с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

Полисы добровольного медицинского страхования лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным выдается Полис добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных Договором страхования.

11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор (Полис) страхования прекращается в случаях:

11.1.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором (Полисом) страхования в качестве даты окончания срока его действия.

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору (Полису) страхования в полном объеме – с момента такового.

11.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

11.1.4. Неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса при уплате Страховой премии в рассрочку или при уплате Страховой премии не в полном объеме.

При этом Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме и досрочном прекращении вследствие этого Договора (Полиса) страхования путём: направления ему заказного письма с уведомлением о вручении, посредством Личного кабинета Страхователя (при наличии), по известным Страховщику номеру телефона или электронному адресу (e-mail) Страхователя. Уведомление считается полученным/доставленным, если оно поступило лицу, которому направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

Договор (Полис) страхования прекращает действие по истечении 7 (Семи) календарных дней (если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное) с даты направления Страховщиком уведомления, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

11.1.5. Необеспечения Страхователем соблюдения, Застрахованным предписаний лечащего врача.

11.1.6. В случае смерти Застрахованного, Договор (Полис) страхования прекращает свое действие в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения смерти соответствующим свидетельством.

Если Договором (Полисом) страхования предусмотрено возмещение Страхователю/Застрахованному (его законному представителю либо лицу, действующему на основании доверенности) понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь и/или приобретенные Лекарственные препараты, в случае смерти Застрахованного Страховая выплата подлежит возмещению наследникам Застрахованного либо его законным представителям, либо лицу, действующему по доверенности.

11.1.7 Со дня вступления в силу судебного решения о признании Договора (Полиса) страхования недействительным

11.1.8. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.2. Договор (Полис) страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон в случаях, предусмотренных Договором (Полисом) страхования, настоящими Правилами или действующим законодательством.

11.3 При досрочном прекращении Договора (Полиса) страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе Страхователя – юридического лица от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

11.5. При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме при отказе от Договора (Полиса) страхования до даты начала действия страхования;

- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования при отказе от Договора (Полиса) страхования после даты начала действия страхования.

При наличии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, на усмотрение Страховщика, уплаченная Страховая премия (взнос) не подлежит возврату либо возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, а также суммы выплаты.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования после 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное.

11.6. Страховщик обеспечивает прием заявлений в случае расторжения или отказа Страхователя от Договора (Полиса) страхования в Офисах, в которых заключался Договор (Полис) страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования Офисе, или посредством почтовой связи, или на Официальном сайте Страховщика, а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика при заключении Договора (Полиса) страхования, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

В случае расторжения Договора (Полиса) страхования, Страхователь может использовать образец заявления, размещенного на Официальном сайте Страховщика. Страхователь заполняет и подписывает вышеуказанную форму заявления и прикладывает цветную скан-копию или цветное фотографическое изображение форму заявления на Официальном сайте Страховщика либо оригинал направляет почтовым направлением. К форме заявления Страхователь обязуется приложить копию паспорта.

11.7. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному Договору (Полису) страхования бесплатно предоставляет ему заверенный расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением Договора (Полиса) страхования.

К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и/или условия Договора (Полиса) страхования, Правил, на основании которых произведен расчет.

12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Порядок и условия осуществления Страховых выплат Медицинским и/или Аптечным и/или Иным организациям определяются договором, заключаемым Страховщиком с Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией и п. 8.3.1. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховые выплаты в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней после даты подписания Акта приема-сдачи выполненных работ Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией. Акт приема-сдачи выполненных работ подписывается Страховщиком в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех документов, необходимых для взаиморасчетов.

12.2. Порядок и условия осуществления Страховой выплаты Застрахованному в форме возмещения расходов, понесенных при получении Медицинской и/или Лекарственной помощи, определяются Договором (Полисом) страхования, заключенным Страховщиком со Страхователем (Застрахованным), и п. 8.3.2. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховую выплату в течение 30 (Тридцати) рабочих дней (если иной срок не установлен Договором (Полисом) страхования) со дня, следующего за днем получения заявления о выплате Страхового возмещения с приложением всех необходимых документов, оформленных надлежащим образом, предусмотренных настоящими Правилами, необходимых для принятия решения о выплате, при признании события Страховым случаем.

Страховщик имеет право продлить установленные Договором (Полисом) страхования и/или настоящими Правилами сроки рассмотрения заявленного события в случае, если у него имеются сомнения в подлинности представленных копий документов, в правомерности получения Страхового возмещения Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) – до тех пор, пока не будут предоставлены необходимые документы (доказательства): оригиналы документов, ранее представленных в форме копий, документы, подтверждающие право Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) на получение Страхового возмещения. О факте продления сроков принятия решения Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты принятия Страховщиком соответствующего решения.

Если изменение сроков принятия решения о признании/непризнании заявленного события страховым вызвано необходимостью дополнительной проверки предоставленных Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) документов (включая направление Страховщиком дополнительных запросов в компетентные органы и другие организации), по требованию Страховщика Страхователь обязан выдать соответствующие доверенности представителям Страховщика. В этом случае Страховщик принимает решение об осуществлении Страховой выплаты или принимает решение о непризнании случая страховым (об отказе в Страховой выплате) в течение 3 (Трех) рабочих дней, следующих за днем получения ответов (документов) или подтверждающих сведений (документов) компетентных органов и других организаций. Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) о начале проведения такой проверки, а по окончании такой проверки сообщить Страхователю о ее результатах. При этом срок каждой дополнительной проверки не может превышать 30 (Тридцать) календарных дней.

Если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования, днем выплаты является:

- дата списания денежных средств со счета Страховщика;
- дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

С целью идентификации Страхователей/Застрахованных (его законных представителей либо лиц, действующих на основании доверенности), обратившихся к Страховщику с заявлением о Страховой выплате, в рамках выполнения требований Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» Страховщик вправе при урегулировании требований о Страховой выплате требовать предоставления сведений и документов, необходимых для идентификации в соответствии с указанным законом.

13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному, если:

13.1.1. Полученная Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги не предусмотрена (не предусмотрены) Договором (Полисом) страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.2. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования или не согласованных Страховщиком.

13.1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) по желанию Застрахованного без рекомендации лечащего врача.

13.1.4. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги получена (получены) не в период действия Договора (Полиса) страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора (Полиса) страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному, но не более 10 (Десяти) календарных дней со дня окончания срока действия Договора (Полиса) страхования.

13.1.5. Требование Страховой выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, Договором (Полисом) страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.6. Страхователь сообщил Страховщику недостоверные и/или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска.

13.1.7. Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался внутренний распорядок, установленный Медицинской организацией.

13.1.8. Установлен факт передачи Полиса добровольного медицинского страхования Застрахованного другому лицу для получения им Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг.

13.1.9. Застрахованный отказывается Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его физическое и психическое здоровье, историю заболевания, диагноз и процесс лечения.

13.1.10. Медицинская и/или Аптечная и/или Иная организация и/или Застрахованный не предоставили Страхователю документы, необходимые для осуществления Страховой выплаты.

13.2. Решение об отказе в Страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации и/или Застрахованному в зависимости от того, кто обратился за получением Страховой выплаты, в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 30 (Тридцати) рабочих дней после предоставления всех необходимых документов.

При несогласии с решением об отказе действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

14. СТРАХОВАНИЕ В ВАЛЮТНОМ ЭКВИВАLENTE

14.1. В Договоре (Полисе) страхования Страховая сумма и Страховая премия могут быть установлены в валютном эквиваленте. При этом Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации по курсу иностранных валют Центрального банка Российской Федерации на день наступления Страхового случая. Уплата Страховой премии (взноса) производится в валюте Российской Федерации по курсу Центрального банка Российской Федерации на дату платежа.

15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

15.1. В соответствии с ФЗ от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» Страховщик имеет право обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора (Полиса) страхования.

15.2. Страховщик не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

Моментом получения согласия на обработку персональных данных является предоставление Страхователем/Застрахованным своего согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

В соответствии с Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» под обработкой персональных данных Страхователя - физического лица в рамках настоящих Правил понимаются следующие действия или совокупность действий (операций), включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), дата рождения, адрес регистрации, адрес проживания, электронный адрес, номер контактных телефонов.

15.3. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены Договором (Полисом) страхования либо действующим законодательством Российской Федерации.

15.4. Согласие на обработку персональных данных дается на срок по дате письменного уведомления Страховщика об отзыве согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе. Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством Российской Федерации и внутренними документами Страховщика, подлежат хранению в течение установленного срока.

15.5. Положения настоящих Правил страхования, регулирующие обработку персональных данных, относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных, а также в случаях, когда Страхователь и Застрахованное лицо совпадают. В случаях, когда Страхователь и Застрахованное лицо не совпадают, Страхователь обязуется предоставить подписанные Застрахованными согласия на обработку персональных данных в течение пяти рабочих дней после запроса Страховщика, а в случае наложения на Страховщика санкций по причине не предоставления соответствующих согласий, возместить Страховщику все убытки, причиненные в результате не предоставления подписанных Застрахованными согласий на обработку персональных данных.

16. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

16.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора (Полиса) страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

17. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

17.1. Все Субъекты, участвующие в добровольном медицинском страховании, освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, пандемии, объявление режима повышенной готовности, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств).

18. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ

18.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

18.2. При наличии разногласий между Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору (Полису) страхования до предъявления к Страховщику судебного иска, Застрахованный направляет Страховщику претензию, с приложенными к ней документами, обосновывающими заявленные требования.

Претензия Застрахованного подается или направляется в Офис, в котором заключался Договор (Полис) страхования, или в иной указанный Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования Офис, или посредством почтовой связи, или через Личный кабинет Застрахованного на Официальном сайте Страховщика (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Застрахованного.

Претензия Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 30 (Тридцати) дней со дня поступления.

18.3. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее - Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Застрахованный вправе направить обращение финансовому уполномоченному.

До направления финансовому уполномоченному обращения необходимо направить Страховщику заявление с приложенными к нему документами, обосновывающими заявленные требования, в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена на электронную почту Страховщика по стандартной форме, утвержденной Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (Ста восьмидесяти) дней;

- в течение 30 (Тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

19. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

19.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

19.2. По вопросам, не предусмотренным Договором страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулируемыми страховые отношения, и настоящими Правилами.

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

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой ее за свой счет.

19.4. Все неурегулированные споры между субъектами добровольного медицинского страхования рассматриваются и разрешаются в Арбитражном суде Республики Татарстан.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию
(в % от страховой суммы)

№	Программа страхования	Страховой тариф, % от страховой суммы
1.	Амбулаторная помощь	46.00
2.	Стационарная помощь	34.00
3.	Стоматологическая помощь	60.00
4.	Стоматология «ЭКОНОМ»	3.60
5.	Стоматология «СТАНДАРТ»	4.80
6.	Стоматология «VIP»	9.20
7.	Комплексная медицинская помощь	38.00
8.	Комплексная медицинская помощь СТАНДАРТ	65.00
9.	Медицинский СТАНДАРТ	20.00
10.	Медицинский СТАНДАРТ ПЛЮС	25.00
11.	Поликлиническое обслуживание	1.00
12.	Госпитальное обслуживание	0.58
13.	Поликлиника ЭКОНОМ	0.30
14.	Поликлиника СТАНДАРТ	0.40
15.	Поликлиника ОПТИМА	0.50
16.	SILVER	2.75
17.	GOLD	3.63
18.	PLATINUM	5.85
19.	Родовспоможение	52.26
20.	Скорая (неотложная) медицинская помощь	23.00
21.	Реабилитационно-восстановительное лечение	18.00
22.	Будь здоров (Поликлиника)	1.50
23.	Будь здоров (Поликлиника, Помощь на дому)	1.70
24.	Будь здоров (Поликлиника, Стоматология)	2.15
25.	Будь здоров (Поликлиника, Стоматология, Помощь на дому)	2.50
26.	Будь здоров ЭКОНОМ (Поликлиника)	1.80
27.	Детский доктор (Поликлиника)	4.07
28.	Детский доктор (Поликлиника, Помощь на дому)	4.50
29.	НС	2.50
30.	Антиклещ	1.00
31.	Антиклещ ОПТИМА	1.51
32.	ГЛПС	1.25
33.	Антигрипп	15.0
34.	Антигрипп Плюс	20.0
35.	Антигрипп PRO	20.0
36.	ИНТЕРПОЛИС	0.74
37.	ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС	1.25
38.	ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС	40.00
39.	ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС	10.00
40.	ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС	12.00
41.	ПОЛИС Студенческий	0.80

№	Программа страхования	Страховой тариф, % от страховой суммы
42.	ПОЛИС Студенческий ПЛЮС	0.90
43.	Защита медицинского персонала	11.88
44.	Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения	2.15
45.	Консультант	30
46.	Мобильный доктор	25
47.	Мобильный доктор ПЛЮС	30
48.	Дежурный врач	20
49.	ШИФА	82.5
50.	Комплекс «Здоровье»	1.5
51.	Комплекс «Здоровье ОПТИМА»	1.86
52.	Лекарственная помощь	53
53.	Антивирус	22
54.	Антивирус 2.0	25
55.	ОНКОСТОП	0.412
56.	ОНКОСТОП I	2.7
57.	Полис Путешественника	7.5
58.	ДМС при ДТП	1.65

Таблица 1 – поправочный коэффициент, связанный со сроком страхования

Срок действия договора в месяцах											
до 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доля от общего годового размера страховой премии											
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

Таблица 2 – поправочные коэффициенты и коэффициенты риска

Наименование коэффициента	Диапазон значений
1. Расчет поправочного коэффициента, применяемого в случае снижения комиссионного вознаграждения или изменения структуры тарифа в части снижения доли нагрузки	0,2-1,0
2. Коэффициент риска, применяемый с целью установления рискованной надбавки	1,0-3,0
3. Коэффициент риска, зависящего от возраста Застрахованного лица	1,0-3,0
4. Коэффициент риска, учитывающий наличие франшизы по договору	
<i>безусловная франшиза</i>	0,85-0,99
<i>условная франшиза</i>	0,85-0,99
<i>временная франшиза</i>	0,2-1,0
5. Поправочный коэффициент, связанный с порядком уплаты страховой премии	1,0-1,2
6. Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события и его последствия	0,5-3,0
7. Поправочный коэффициент, применяемый в зависимости от характеристик медицинских организаций, услуги которых предусмотрены договором	0,5-2,0
8. Поправочный коэффициент, применяемый для установления маркетинговой цены страхового продукта и (или) обеспечения достижения договоренности о стоимости страховых услуг со страхователем	0,9-2,0
9. Коэффициент риска, применяемый в зависимости от убыточности по договорам	0,5-3,0

Наименование коэффициента	Диапазон значений
страхования, заключенным ранее со Страхователем	
10. Коэффициент риска, применяемый в зависимости от включения в программы страхования «Иные услуги», «Медико-транспортные услуги», «Услуги по репатриации», оказываемые сервисными (ассистентскими) организациями	1,1-3,0
11. Коэффициент риска, применяемый при заключении договора по программе «Мобильный доктор», в зависимости от количества предусмотренных услуг консультаций	0,8-2,0
12. Поправочный коэффициент, применяемый в случае реализации страхового продукта на сайте Страховщика	0,2-1,0
13. Коэффициент риска, применяемый при включении программы страхования в коллективный договор, страхователем по которому выступает юридическое лицо	0,2-2,0
14. Коэффициент риска, учитывающий вредность производства	0,85-2,0
15. Коэффициент риска, зависящий от вида деятельности Застрахованного лица	0,6-5,0
16. Коэффициент риска, применяемый при исключении из программы покрытия классов заболеваний	0,75-1,0
17. Коэффициент риска, применяемый при расширении/сокращении перечня услуг	0,6-2,0
18. Коэффициент риска, учитывающий результаты предварительного медицинского осмотра и (или) данных медицинской анкеты и(или) группы здоровья	0,7-3,0
19. Коэффициент риска, применяемый при установлении лимитов	0,65-1,0
20. Коэффициент риска, применяемый при страховании группы лиц	0,8-1,0
21. Поправочный коэффициент, применяемый в случае увеличения доли нагрузки в структуре тарифной ставки	1,0-3,5
22. Коэффициент риска, учитывающий величину страховой суммы	0,5-3,0

Дополнительные поправочные коэффициенты:

1) При увеличении (или восстановлении) в течение действия договора страхования страховой суммы дополнительная страховая премия рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = 0,01 * \text{УСС} * \text{СТ} * (M/N) * K_{\text{в}}, \quad \text{где:}$$

ДСП — дополнительная страховой премии,

УСС — размер увеличения страховой суммы,

СТ — годовой страховой тариф в %, исчисленный на срок страхования N ,

N — срок действия договора страхования (в сутках),

M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с предполагаемой даты увеличения страховой суммы (в сутках);

$K_{\text{в}}$ - повышающий коэффициент (в размере от 1,0 до 2,5), применяемый Страховщиком при восстановлении страховой суммы после страховой выплаты (при увеличении страховой суммы по иным причинам $K_{\text{в}} = 1$).

2) При увеличении срока страхования Страховщик вправе пропорционально увеличить страховую премию, исходя из размера суммы годовой страховой премии, на величину:

$$\text{ДСП} = \text{СП}_{\text{год}} * N / 365,$$

или

$$\text{ДСП} = \text{СП}_{\text{год}} * n/12,$$

где:

ДСП — дополнительная страховой премии,

$\text{СП}_{\text{год}} = 0,01 * \text{СС} * \text{Ти}_{\text{год}}$ — годовая страховая премия,

СС — страховая сумма,

$\text{Ти}_{\text{год}}$ — годовой страховой тариф в %;

N — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в сутках);

n — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в месяцах).

В случае если Программа страхования включается в договор страхования в течение действия соответствующего договора, Общество, если иное не предусмотрено договором или иными внутренними документами, рассчитывает страховую премию по формуле:

$$СП = СП_{\text{год}} * N / 365,$$

где СП — страховая премия, уплачиваемая по договору в части программы страхования;

$СП_{\text{год}} = 0,01 * СС * Т_{\text{год}}$ — годовая страховая премия, где СС — страховая сумма, $T_{\text{год}}$ — годовой страховой тариф в %;

N — срок страхования в абсолютном выражении (в сутках) (обычно исчисляется с момента вступления условий Программы страхования в силу, до даты окончания договора страхования).

Группы здоровья:

- *группа здоровья I* - здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем;

- *группа здоровья II* - практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющее обострений в течение нескольких лет;

- *группа здоровья III* - больные, нуждающиеся в лечении, лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;

- *группа здоровья IV* - больные, нуждающиеся в лечении, лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми продолжительными потерями трудоспособности;

- *группа здоровья V* - больные, нуждающиеся в лечении, лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

В зависимости от указанных факторов риска, а также от иных факторов риска, используемых Страховщиком в андеррайтерских процедурах (регламентах принятия риска на страхование) Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ _____ - _____ - _____

на добровольное медицинское страхование в ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Страхователь _____ (наименование юридического лица)
в лице _____ (наименование должности, Ф.И.О руководителя)
действующего на основании _____
Адрес _____
просит заключить договор коллективного добровольного медицинского страхования _____, (наименование юридического лица)
на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., по Программе (Программам) добровольного медицинского страхования «_____», «_____»,...
Срок страхования _____.

Численность: _____ (_____) человек(а). Список лиц, подлежащих страхованию (Приложение № 1), прилагается.

Дополнительные условия: Ответственное лицо – _____ (наименование должности, Ф.И.О)
--

Место заключения договора коллективного добровольного медицинского страхования:

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской и/или лекарственной помощи и/или иных услуг и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Настоящим, даю согласие на выдачу Полисов добровольного медицинского страхования в электронном виде через Мобильное приложение или Личный кабинет Застрахованного.

Руководитель предприятия

_____/_____
(подпись) (ФИО)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской и/или лекарственной помощи и/или иных услуг и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Страхователь _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № _____

Застрахованный(ая): _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Место работы: _____

Срок действия: _____

Страховая сумма: _____

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: _____

Представитель Страховщика

(Ф.И.О)

Застрахованный(ая)

С условиями страхования
согласен(сна), полис добровольного
медицинского страхования получил(а).
С исключением меня из списка
застрахованных в случае
увольнения согласен(сна).

(подпись)
М.П.

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № _____

Застрахованный(ая): _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Срок действия: _____

Страховая сумма: _____

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: _____

Представитель Страховщика

(ФИО)

Застрахованный(ая)

С условиями страхования
согласен(сна), полис добровольного
медицинского страхования получил(а).

(подпись)
М.П.

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

ДОГОВОР

коллективного добровольного медицинского страхования

_____ (наименование организации)

№ _____ - _____ - _____

г. _____

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,
именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____,
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

Лицензии _____ от «__» _____ 20__ г., выданной _____

_____,
(наименование органа, выдавшего лицензию)

и Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__»
_____ 20__ г. (в дальнейшем по тексту – Правила), с одной стороны, и

_____,
(наименование организации)

именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице

_____,
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____,
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

с другой стороны, при совместном упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны»,
заключили настоящий Договор коллективного добровольного медицинского страхования

(наименование Страхователя)

(в дальнейшем по тексту – Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным в предоставленные Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления на добровольное медицинское страхование № - - от «__» _____ 20__ г.

1.2. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного медицинского страхования «_____» и т.д., прилагаемой (прилагаемыми) к Договору страхования, и являющейся (являющимися) его неотъемлемой частью (Приложение № 1).

1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Медико-транспортные и/или Иные услуги в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, оказывается (оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Перечне медицинских и/или аптечных и/или иных организаций,

оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования (Приложение № 2). При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг в других Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, имеющих договорные отношения со Страховщиком необходимо его письменное согласие, подтвержденное направлением.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования составляет _____ (_____) человек(а).

1.5. Страховщик выдает каждому Застрахованному через Страхователя в течение _____ рабочих дней после вступления Договора страхования в силу Полис добровольного медицинского страхования установленного образца. Либо с согласия Страхователя выдает Полис добровольного медицинского страхования в электронном виде через Мобильное приложение или Личный кабинет Застрахованного.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения, паспортных данных, гражданства, адреса места жительства, размера Страховой суммы по Программе добровольного медицинского страхования каждого из них является Приложением № 1 к Заявлению Страхователя.

2. Объект страхования, Страховой случай.

2.1¹. /Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий,

¹ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

2.2². Страховым случаем признается:

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

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

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом;

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

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

² При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

к) в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральная оспа, полиомиелит, ТОРС и другие), в случае возникновения пандемии и/или объявления режима повышенной готовности;

л) за выплатой или медицинской помощью работнику, пострадавшему при несчастном случае на производстве.

2.4. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

2.5. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Медико-транспортные и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1³. /Размер Страховой суммы по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей __ копеек, в том числе: по Программе добровольного медицинского страхования «_____» _____ (_____) рублей __ копеек, по Программе добровольного медицинского страхования «_____» _____ (_____) рублей __ копеек, ...

/Размер Страховой суммы по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет _____ (_____) рублей __ копеек.

Договором страхования предусматривается (коллективный или индивидуальный) Лимит ответственности по _____ (основание)

Лимит ответственности Страховщика _____.

Договором страхования предусматривается (условная, безусловная, временная) Франшиза _____ (основание, размер)

3.2. Страховой тариф, согласно оговоренным в п.1.2. условиям Договора страхования, составляет по Программе добровольного медицинского страхования «_____» _____% от Страховой суммы; по Программе добровольного медицинского страхования «_____» _____% от Страховой суммы; ...

3.3. Размер Страховой премии (взноса) по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей __ копеек.

3.4⁴. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается:

/путем перечисления на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/путем внесения наличных средств в кассу Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

3.5⁵. Оплата Страховой премии (взноса) производится:

³ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

⁴ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

/единовременным платежом в течение __ банковских дней с момента подписания Договора страхования;

/единовременным платежом в срок по «___» _____ г.;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере _____ (_____) рублей __ копеек в срок по _____;

2-ой Страховой взнос в размере _____ (_____) рублей __ копеек в срок по _____; и т.д.

4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается сроком на _____.

4.2⁶. Договор страхования вступает в силу:

/с момента подписания;

/со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/со дня поступления первого Страхового взноса на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/с «__» _____ 20__ г. и т.д.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

5.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика.

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

в) в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширять (уменьшать) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.3., п. 10.4. Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) расширять (уменьшать) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повышать (уменьшать) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

д) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

е) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

5.1.2. Страхователь обязан:

⁵ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

⁶ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также иную информацию, связанную с Договором страхования;

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) предоставлять по запросу Страховщика согласие на обработку персональных данных (в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования:

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным;

и) обеспечить надлежащее хранение Застрахованными Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

й) обеспечить соблюдение Застрахованными предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдение распорядка, установленного Медицинской организацией;

к) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

5.2. Права и обязанности Страховщика.

5.2.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь, и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях и порядке, предусмотренных действующим законодательством и Правилами;

е) в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования;

ж) не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

5.2.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, в том числе направлять в письменном виде оповещение клиенту о дате и причинах принятия решения об отказе от проведения операции по адресу, указанному при заключении договора, в срок не позднее пяти рабочих дней со дня принятия Страховщиком такого решения;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных, установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

е)⁷ /при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12. Правил;

/при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, в соответствии с п. 8.3.1., п. 12.1. Правил;

ё) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

ж) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

⁷ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных Правилами.

6.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.3⁸. /При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату.

/При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования, возврат неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом

6.4. Договор страхования прекращает действие по истечении _____ (_____) дней с даты направления Страховщиком уведомления, при неуплате Страхователем очередного Страхового взноса или уплате Страховой премии не в полном объеме, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не предусмотренным Договором страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулируемыми страховые отношения, и Правилами.

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

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой ее за свой счет.

7.4. Все неурегулированные споры между Страховщиком и Страхователем по Договору страхования рассматриваются и разрешаются в Арбитражном суде Республики Татарстан.

8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, пандемии, объявление режима повышенной готовности, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Страховщика и Страхователя и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств по Договору страхования).

9. Иные условия.

⁸ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

9.1. Договор страхования составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.2. К Договору страхования прилагаются Приложения № 1-2, Заявление на добровольное медицинское страхование, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования, в том числе в Приложениях к нему, имеют юридическую силу при условии оформления их в письменном виде, подписания уполномоченными представителями и скрепления печатями Сторон.

10. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

10.1. СТРАХОВЩИК: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

Страховщик
 ООО «СК «АК БАРС-Мед»

(должность уполномоченного лица)

_____/_____/_____
 М.П. (расшифровка подписи)

Страхователь

(наименование организации)

(должность уполномоченного лица)

_____/_____/_____
 М.П. (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

ДОГОВОР № _____ - _____ - _____
индивидуального добровольного медицинского страхования

г. _____ «__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,
именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____,
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

Лицензии _____ от «__» _____ 20__ г., выданной _____,
(наименование органа, выдавшего лицензию)

и Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__»
_____ 20__ г. (в дальнейшем по тексту – Правила), с одной стороны, и
(фамилия, имя, отчество)

именуемый (именуемая) в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, при совместном
упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор
индивидуального добровольного медицинского страхования (в дальнейшем по тексту –
Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации
Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг,
оказываемой (оказываемых) лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным
в предоставленные Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления о
добровольном медицинском страховании № --- от «__» _____ 20__ г.

1.2. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных
и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным, определяется Программой
(Программами) добровольного медицинского страхования
«_____», и т.д., прилагаемой (прилагаемыми) к Договору
страхования и являющейся (являющимися) его неотъемлемой частью (Приложение №__).

Порядок оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-
транспортных и/или Иных услуг определяется категорией полиса добровольного
медицинского страхования _____ и режимом обслуживания
«_____».

1.3⁹. /Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Медико-транспортные и/или
Иные услуги в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования по
Договору страхования оказывается (оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или
Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Перечне медицинских и/или аптечных
и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или
иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования
(Приложение №__).

/Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Медико-транспортные и/или Иные
услуги в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования по
Договору страхования оказывается (оказываются) Застрахованным в Медицинской и/или
Аптечной и/или Иной организации (Медицинских и/или Аптечных и/или Иных

⁹ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

организациях): _____, по адресу:
_____ и т.д.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования составляет ___ (_____) человек(а).

1.5. Страховщик выдает каждому Застрахованному через Страхователя после заключения Договора страхования Полис добровольного медицинского страхования установленного образца.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения, паспортных данных, гражданства, адреса места жительства, размера Страховой суммы по Программе добровольного медицинского страхования каждого из них указывается в Заявлении Страхователя.

2. Объект страхования, Страховой случай.

2.1¹⁰. /Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий,

¹⁰ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

2.2¹¹. Страховым случаем признается:

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

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

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом;

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

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

к) в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральная оспа, полиомиелит, ТОРС и другие), в случае возникновения пандемии и/или объявления режима повышенной готовности;

л) за выплатой или медицинской помощью работнику, пострадавшему при несчастном случае на производстве.

2.4. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

¹¹ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

г) стихийными бедствиями.

2.5. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Медико-транспортные и/или Иные услуги, полученную по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1¹². /Размер Страховой суммы на одного Застрахованного по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет _____ (_____) рублей __ копеек и т.д.

/Размер Страховой суммы: на Застрахованного _____ (фамилия, имя, отчество)

по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет _____ (_____) рублей __ копеек и т.д.; на Застрахованного _____ (фамилия, имя, отчество)

медицинского страхования «_____» составляет _____ (_____) рублей __ копеек и т.д.

Общая Страховая сумма по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей __ копеек.

Договором страхования предусматривается Лимит ответственности по _____ (основание)

Лимит ответственности Страховщика _____.

Договором страхования предусматривается (условная, безусловная, временная) Франшиза _____ (основание, размер)

3.2. Страховой тариф по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет _____ % и т.д.

Общая Страховая премия (взнос) составляет _____ (_____) рублей __ копеек.

3.3¹³. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается:

/путем перечисления на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/путем внесения наличных средств в кассу Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика либо путем уплаты в безналичном порядке.

3.4¹⁴. Оплата Страховой премии (взноса) производится:

/единовременно;

/единовременно в срок по «___» _____ 20__ г.;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере _____ (_____) рублей __ копеек в срок по _____;

2-ой Страховой взнос в размере _____ (_____) рублей __ копеек в срок по _____; и т.д.

4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается на срок _____.

4.2¹⁵. Договор страхования вступает в силу:

¹² При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

¹³ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

¹⁴ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

¹⁵ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

/с момента подписания;

/со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/со дня поступления первого Страхового взноса на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/с «__» _____ 20__ г. и т.д.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

5.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика.

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

в) в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширять (уменьшать) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.3., п. 10.4. Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) расширять (уменьшать) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повышать (уменьшать) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

д) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

е) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

5.1.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также иную информацию, связанную с Договором страхования;

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в паспортных данных, адресе местожительства Страхователя, номеров телефона, адреса электронной почты; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору

страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) предоставлять по запросу Страховщика согласие на обработку персональных данных (в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования:

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным;

и) обеспечить надлежащее хранение Застрахованными Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

й) обеспечить соблюдение Застрахованными предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдение распорядка, установленного Медицинской организацией;

к) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

5.2. Права и обязанности Страховщика.

5.2.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь, и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях и порядке, предусмотренных действующим законодательством и Правилами;

е) в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования;

ж) не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

5.2.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, в том числе направлять в письменном виде оповещение клиенту о дате и причинах принятия решения об отказе от проведения операции по адресу, указанному при заключении договора, в срок не позднее пяти рабочих дней со дня принятия Страховщиком такого решения;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных, установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

е) ¹⁶ /при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12. Правил;

/при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, в соответствии с п. 8.3.1., п. 12.1. Правил;

ё) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

ж) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных Правилами.

6.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.3. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме при отказе от Договора страхования до даты начала действия страхования;

- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора страхования при отказе от Договора страхования после даты начала действия страхования.

При наличии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора страхования, а также суммы выплаты.

¹⁶ При заключении Договора страхования выбирается один из вариантов.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования после 14 (Четырнадцать) календарных дней со дня его заключения:

/уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату;

/возврат неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом _____.

6.4. Договор страхования прекращает действие по истечении _____ (_____) дней с даты направления Страховщиком уведомления, при неуплате Страхователем очередного Страхового взноса или уплате Страховой премии не в полном объеме, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не предусмотренным Договором страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулируемыми страховые отношения, и Правилами.

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

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой ее за свой счет.

7.4. Все неурегулированные споры между Страховщиком и Страхователем по Договору страхования рассматриваются и разрешаются в Арбитражном суде Республики Татарстан.

8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, пандемии, объявление режима повышенной готовности, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Страховщика и Страхователя и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств по Договору страхования).

9. Иные условия Договора страхования.

9.1. Договор страхования составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.2. К Договору страхования прилагаются Приложения № 1-__, Заявление на добровольное медицинское страхование, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в письменной форме путем заключения дополнительных соглашений, которые становятся неотъемлемыми его частями.

10. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

10.1. СТРАХОВЩИК:

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед».

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ:

(фамилия, имя, отчество)

Паспортные данные: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

СТРАХОВЩИК

(подпись) / _____
(расшифровка подписи)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись) / _____
(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

ПРОГРАММЫ

добровольного медицинского страхования

1. «Амбулаторная помощь»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»:

1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология-иммунология;
- андрология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- диетология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- онкология (до установления диагноза);
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- ревматология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические;
- исследования, проводимые методом ПЦР;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- цитологические.

3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- тепловизионные;
- ударно-волновая терапия (УВТ);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

5. Медицинская помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, если поводом её оказания явились следующие заболевания и их осложнения: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения.

В случае расширения объема страхового покрытия, по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», путем включения Иных и/или Медико-транспортных услуг, обращений в Иные учреждения, расчет страхового тарифа производится

с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь».

2. «Стационарная помощь»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»:

1. Неплановая госпитализация (по экстренным и неотложным показаниям) и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;
- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гематологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- инфекционное;
- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- ревматологическое;
- реанимации – интенсивной терапии
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические;

- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- цитологические.

3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- тепловизионные;
- ударно-волновая терапия (УВТ);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в Медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если Застрахованный госпитализирован в Медицинскую организацию, не указанную в Договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения.

В случае расширения объема страхового покрытия, по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь», путем включения Иных и/или Медико-транспортных услуг, обращений в Иные учреждения, расчет страхового тарифа производится с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь».

3. «Стоматологическая помощь»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы в Медицинскую организацию, оказывающую стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»:

1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.
2. Диагностические стоматологические мероприятия (по медицинским показаниям).
3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры: лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита (по медицинским показаниям).
4. Снятие зубных отложений, в том числе методом «Air-Flow» (по медицинским показаниям).
5. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами (по медицинским показаниям).
6. Лечебные хирургические мероприятия (по медицинским показаниям).
7. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.
8. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям).
9. Лечение заболеваний пародонта (по медицинским показаниям).
10. Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).
11. Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

Страховщик не оплачивает следующую Медицинскую помощь: эстетическая стоматология, в том числе отбеливание зубов, полировка; замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям; реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком; зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев, указанных выше).

4. «Стоматология «ЭКОНОМ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы в Медицинскую организацию, оказывающую стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «ЭКОНОМ»:

1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.
2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки).
3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:
 - лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химио- и светоотверждаемых пломбировочных материалов (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования),
 - лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на ½, не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования),

механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфльтрационная, проводниковая анестезия.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «ЭКОНОМ»:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

5. «Стоматология «СТАНДАРТ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, в Медицинскую организацию, оказывающую стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «СТАНДАРТ»:

1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки).

3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

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

- лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на 1/2), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления,

разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфльтрационная, проводниковая анестезия.

6. Снятие зубных отложений по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования), в том числе методом «Air-Flow».

7. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования).

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «СТАНДАРТ»:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология;
- отбеливание зубов, полировка;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

б. «Стоматология «VIP»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы в Медицинскую организацию, оказывающую стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «VIP»:

1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки), ортопантомография (однократно).

3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химио- и светоотверждаемых пломбирочных материалов, стеклоиномерного цемента,

- лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на 1/2), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов, наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфльтрационная, проводниковая анестезия.

6. Лечебные пародонтологические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

- лечение острых воспалений слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта (не более 5-ти сеансов в течение всего периода действия Договора страхования).

7. Снятие зубных отложений по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования), в том числе методом «Air-Flow».

8. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования).

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «VIP»:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология;
- отбеливание зубов, полировка;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

7. «Комплексная медицинская помощь»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь», «Реабилитационно-восстановительное лечение».

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, Медико-транспортными и Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь и реабилитационно-восстановительное лечение, а также Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология-иммунология;
- андрология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- диетология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- лечебная физкультура;

- мануальная терапия;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- онкология (до установления диагноза);
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- ревматология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.3. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические;
- исследования, проводимые методом ПЦР;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- цитологические.

1.4. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- тепловизионные;
- ударно-волновая терапия (УВТ);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.5. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;

- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

1.6. Медицинская помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

2. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»:

2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;
- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гематологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- инфекционное;
- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- ревматологическое;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- цитологические.

2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- тепловизионные;
- ударно-волновая терапия (УВТ);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в Медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если Застрахованный госпитализирован в Медицинскую организацию, не указанную в Договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

3. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»:

3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

3.2. Диагностические стоматологические мероприятия (по медицинским показаниям).

3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры: лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита (по медицинским показаниям).

3.4. Снятие зубных отложений, в том числе методом «Air-Flow» (по медицинским показаниям).

3.5. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами (по медицинским показаниям).

3.6. Лечебные хирургические мероприятия (по медицинским показаниям).

3.7. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.

3.8. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям).

3.9. Лечение заболеваний пародонта (по медицинским показаниям).

3.10. Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

3.11. Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

4. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- гирудотерапия;
- диетотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;

- лечебные процедуры и манипуляции;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение);
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения;
- физиотерапевтические методы лечения;
- фитотерапия.

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих Медицинских организациях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

5. Иные услуги, непосредственно связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной Медицинской помощи.

6. Медико-транспортные услуги, связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной медицинской помощи.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, в том числе отбеливание зубов, полировка; замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям; реминерализующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком; зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев указанных выше).

8. «Комплексная медицинская помощь «Стандарт»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь «Стандарт» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь»,

«Стоматологическая помощь», «Реабилитационно-восстановительное лечение», «Лекарственная помощь».

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской и Лекарственной помощью, Медико-транспортными и Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь и реабилитационно-восстановительное лечение, а также Аптечную организацию, Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология-иммунология;
- андрология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- диетология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- онкология (до установления диагноза);
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- ревматология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.3. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические;
- исследования, проводимые методом ПЦР;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- цитологические.

1.4. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- тепловизионные;
- ударно-волновая терапия (УВТ);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.5. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

1.6. Медицинская помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

2. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»:

2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;
- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гематологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- инфекционное;
- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;

- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии
- ревматологическое;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- цитологические.

2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- тепловизионные;
- ударно-волновая терапия (УВТ);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в Медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если Застрахованный госпитализирован в Медицинскую организацию, не указанную в Договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

3. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»:

3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

3.2. Диагностические стоматологические мероприятия (по медицинским показаниям).

3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры: лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита (по медицинским показаниям).

3.4. Снятие зубных отложений, в том числе методом «Air-Flow» (по медицинским показаниям).

3.5. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами (по медицинским показаниям).

3.6. Лечебные хирургические мероприятия (по медицинским показаниям).

3.7. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.

3.8. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям).

3.9. Лечение заболеваний пародонта (по медицинским показаниям).

3.10. Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

3.11. Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

4. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- гирудотерапия;
- диетотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- лечебные процедуры и манипуляции;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение);
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения;
- физиотерапевтические методы лечения;
- фитотерапия.

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих Медицинских организациях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

5. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Лекарственная помощь»:

Программа добровольного медицинского страхования «Лекарственная помощь» предусматривает оплату Страховщиком Лекарственных препаратов.

Оплата Лекарственных препаратов осуществляется при наступления Страхового случая, предусмотренного Программой добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь «Стандарт», в Аптечных организациях из числа предусмотренных Договором страхования в период его действия.

Основанием для получения Лекарственных препаратов является рецепт лечащего врача, выписанный при оказании Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь «Стандарт». Рецептурный бланк установленного образца, оформляется в соответствии с действующими требованиями.

В случае отсутствия необходимого Лекарственного препарата, указанного в рецептурном бланке, производится отпуск синонимического лекарственного препарата (синонимическими Лекарственными средствами считаются средства, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование (МНН) без оформления нового рецепта, или, по желанию Застрахованного, осуществляется отсроченное обслуживание рецептурного бланка в течение срока действия Договора страхования.

В случае отсутствия Лекарственного препарата в той дозировке, которая указана в рецептурном бланке, Аптечная организация вправе с согласия Застрахованного выдать этот же Лекарственный препарат в иной дозировке без замены рецептурного бланка, разъяснив при этом дозу и кратность приема Лекарственного препарата, о чем делается отметка в рецептурном бланке.

6. Иные услуги, непосредственно связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной Медицинской помощи.

7. Медико-транспортные услуги, связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной медицинской помощи.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, в том числе отбеливание зубов, полировка; замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям; реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком; зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев указанных выше).

9. «Медицинский СТАНДАРТ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и стоматологическую помощь из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Медицинский СТАНДАРТ»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям: аллергология-иммунология; гастроэнтерология; гематология; гинекология; дерматовенерология; инфекционные болезни; кардиология; колопроктология; лечебная физкультура; мануальная терапия; неврология; нейрохирургия; нефрология; общая врачебная практика (семейная медицина); онкология (до установления диагноза); отоларингология; офтальмология; педиатрия; пульмонология; ревматология; сосудистая хирургия; терапия; торакальная хирургия; травматология и ортопедия; урология; физиотерапия; хирургия; челюстно-лицевая хирургия; эндокринология; эндоскопия.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.3. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): аллергологические; бактериологические; биохимические; гистологические; гормональные; иммунологические; клинические; серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации); цитологические.

1.4. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям): лучевые, радиоизотопные; ударно-волновая терапия (УВТ) (не более 5-ти процедур в течение срока действия Договора страхования); ультразвуковые; функциональные; эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) или ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при согласовании со Страховщиком.

1.5. Физиотерапевтические методы лечения (по медицинским показаниям): электро-, свето-, тепло-, магнитолечение; ингаляции; водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

До 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.6. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям): классический лечебный массаж; лечебная физкультура.

До 10-ти сеансов каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.7. Медицинская помощь на дому, Застрахованным которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме:

- выезд врача-терапевта на дом, на место работы и оказание необходимой Медицинской помощи в пределах административной границы города (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

1.8. Стоматологическая помощь:

- консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда;

- диагностические стоматологические мероприятия (по медицинским показаниям);

- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры: лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита (по медицинским показаниям);

- снятие зубных отложений, в том числе методом «Air-Flow» (по медицинским показаниям);

- покрытие зубов фторсодержащими препаратами (по медицинским показаниям);

- лечебные хирургические мероприятия (по медицинским показаниям);

- анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфльтрационная, проводниковая, общая анестезия;

- физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям).

2. Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, в том числе отбеливание зубов, полировка; замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям; реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком; восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на $\frac{1}{2}$; использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.); зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов; удаление зубов ретинированных, дистопированных; перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически; лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения, пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.

10. «Медицинский СТАНДАРТ ПЛЮС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную и стоматологическую помощь из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Медицинский СТАНДАРТ ПЛЮС»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям: аллергология-иммунология; гастроэнтерология; гематология; гинекология; дерматовенерология; инфекционные болезни; кардиология; кардиохирургия; колопроктология; лечебная физкультура; мануальная терапия; неврология; нейрохирургия; нефрология; общая врачебная практика (семейная медицина); онкология (до установления диагноза); отоларингология; офтальмология; педиатрия; пульмонология; ревматология; сосудистая хирургия; терапия; торакальная хирургия; травматология и ортопедия; урология; физиотерапия; хирургия; челюстно-лицевая хирургия; эндокринология; эндоскопия.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.3. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях: абдоминальная хирургия; аллергологическое; анестезиологии и реанимации; гастроэнтерологическое; гематологическое; гинекологическое; гнойная хирургия; инфекционное; кардиологическое; колопроктологическое; неврологическое; нейрохирургия; нефрологическое; отоларингологическое; офтальмологическое;

педиатрическое; пульмонологическое; реанимации – интенсивной терапии; ревматологическое; терапевтическое; торакальная хирургия; травматологии и ортопедии; урологическое; физиотерапевтическое; хирургическое; челюстно-лицевая хирургия; эндокринологическое; эндоскопическое.

Плановая госпитализация осуществляется в случаях, когда проведение диагностических и/или лечебных манипуляций возможно только в стационарных условиях и/или амбулаторная помощь оказывается неэффективной.

Плановая госпитализация организуется Страховщиком по направлению лечащего врача на основании: амбулаторной карты или выписки из нее.

Экстренная госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Экстренная госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи.

1.4. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): аллергологические; бактериологические; биохимические; гистологические; гормональные; иммунологические; исследования, проводимые методом ПЦР; клинические; серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации); цитологические.

1.5. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям): лучевые; радиоизотопные; тепловизионные; ударно-волновая терапия (УВТ) (не более 5-ти процедур в течение срока действия Договора страхования); ультразвуковые; функциональные; эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) или ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при согласовании со Страховщиком.

1.6. Физиотерапевтические методы лечения (по медицинским показаниям): электро-, свето-, тепло-, магнитолечение; ингаляции; водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

При амбулаторно-поликлиническом лечении до 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.7. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям): физиотерапевтические методы лечения; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура.

При амбулаторно-поликлиническом лечении до 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.8. Медицинская помощь на дому, Застрахованным которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме:

-выезд врача-терапевта на дом, на место работы и оказание необходимой Медицинской помощи в пределах административной границы города (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

1.9. Стоматологическая помощь:

- консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда;

- диагностические стоматологические мероприятия (по медицинским показаниям);

- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры: лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита (по медицинским показаниям);

- снятие зубных отложений, в том числе методом «Air-Flow» (по медицинским показаниям);
- покрытие зубов фторсодержащими препаратами (по медицинским показаниям);
- лечебные хирургические мероприятия (по медицинским показаниям);
- анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия;
- физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям);
- лечение заболеваний пародонта (по медицинским показаниям);
- зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

2. Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, в том числе отбеливание зубов, полировка; замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям; реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком; восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2; использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.); зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов; удаление зубов ретинированных, дистопированных; перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически; лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения.

11. «Поликлиническое обслуживание»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология-иммунология;
- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;

- кардиология;
- колопроктология;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- онкология (до установления диагноза);
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- ревматология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.3. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- клинические;
- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со

Страховщиком;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);

- цитологические.

1.4. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия (УВТ) (не более 5-ти процедур в течение срока действия

Договора страхования);

- ультразвуковые;

- функциональные;

- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.5. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;

- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

До 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.6. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

До 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.7. Медицинская помощь на дому, Застрахованным которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме:

-выезд врача-терапевта на дом, на место работы и оказание необходимой Медицинской помощи в пределах административной границы города (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

1.8. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (за исключением льготных лекарственных препаратов).

1.9. Лечение в дневном стационаре.

1.10. Догоспитальная подготовка (при наличии у Застрахованного Программы добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание»).

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание»:

2.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

2.1.1. Туберкулез.

2.1.2. Муковисцидоз.

2.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

2.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

2.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

2.1.6. Бронхиальная астма.

2.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

2.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

2.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

2.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз).

2.1.11. Варикозное расширение вен.

2.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

2.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

2.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

2.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

2.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

2.1.17. Лучевая болезнь.

2.1.18. Профессиональные заболевания.

2.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

2.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

2.1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2.2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание».

2.4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание».

2.5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

2.6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

2.7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

2.8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

2.9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию за исключение случаев, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание».

2.10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

2.11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

2.12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

2.13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

2.14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

2.15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

2.16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

2.17. Стационарное лечение.

2.18. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

2.19. Санаторно-курортное лечение.

2.20. Медицинская помощь специалистов на дому, кроме случаев, указанных выше.

2.21. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

12. «Госпитальное обслуживание»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание»:

1.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;
- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- инфекционное;
- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;

- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

1.2. Лабораторные исследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- клинические;

- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со Страховщиком;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);
- цитологические.

1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.4. Физиотерапевтическое лечение (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;
- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

1.5. Методы восстановительного лечения (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

1.6. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности).

1.7. Лечение в дневном стационаре.

Плановая госпитализация осуществляется в случаях, когда проведение диагностических и/или лечебных манипуляций возможно только в стационарных условиях и/или амбулаторная помощь оказывается неэффективной.

Плановая госпитализация организуется Страховщиком по направлению лечащего врача на основании: амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Такой вид госпитализации производится в Медицинскую организацию из числа указанных в Договоре страхования. Сроки госпитализации определяются индивидуально.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под

угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную больницу, с использованием услуг станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 2–4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание»:

2.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

2.1.1. Туберкулез.

2.1.2. Муковисцидоз.

2.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

2.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

2.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

2.1.6. Бронхиальная астма.

2.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

2.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

2.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

2.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз).

2.1.11. Варикозное расширение вен.

2.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

2.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

2.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

2.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

2.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

2.1.17. Лучевая болезнь.

2.1.18. Профессиональные заболевания.

2.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

2.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

2.1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

2.1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

2.1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2.2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.3. Лечение у специалистов, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание».

2.4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание».

2.5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артротомия, артроскопия.

2.6. Экстракорпоральные методы лечения (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

2.7. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

2.8. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

2.9. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

2.10. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

2.11. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

2.12. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

2.13. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

2.14. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; хирургическое изменение пола; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

2.15. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

2.16. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

2.17. Санаторно-курортное лечение.

2.18. Медицинская помощь специалистов на дому.

2.19. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

13. «Поликлиника ЭКОНОМ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ»:

1. Приемы и лечебные манипуляции врача-терапевта, врача-хирурга.
2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): общеклинические.
3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям):
 - ультразвуковые, за исключением ультразвуковых исследований сосудов (однократно в течение срока действия договора страхования);
 - функциональные: ЭКГ, ФВД (однократно в течение срока действия договора страхования);
 - рентгенологические.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к 2-м врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

- 1.1. Туберкулез.
- 1.2. Муковисцидоз.
- 1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.
- 1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.
- 1.5. Сахарный диабет I и II типа.
- 1.6. Бронхиальная астма.
- 1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
- 1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
- 1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).
- 1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.
Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).
- 1.11. Варикозное расширение вен.
- 1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
- 1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
- 1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулез, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ».

5. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклоноотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

17. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; стационарное лечение.

18. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.
19. Лечение заболеваний полости рта и зубов.
20. Санаторно-курортное лечение.
21. Медицинская помощь специалистов на дому.
22. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

14. «Поликлиника СТАНДАРТ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ»:

1. Приемы и лечебные манипуляции врачей-специалистов: терапевта, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, акушера-гинеколога, уролога.
2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): общеклинические, биохимические.
3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям):
 - ультразвуковые, за исключением ультразвуковых исследований сосудов (однократно в течение срока действия договора страхования);
 - функциональные: ЭКГ, ФВД (однократно в течение срока действия договора страхования);
 - рентгенологические.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к 2-м врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:
 - 1.1. Туберкулез.
 - 1.2. Муковисцидоз.
 - 1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.
 - 1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.
 - 1.5. Сахарный диабет I и II типа.
 - 1.6. Бронхиальная астма.
 - 1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
 - 1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ».

5. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклонотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭЖ, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

17. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; стационарное лечение.

18. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

19. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому.

22. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

15. «Поликлиника ОПТИМА»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА»:

1. Приемы и лечебные манипуляции врачей-специалистов: терапевта, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, акушера-гинеколога, уролога.

2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): общеклинические, биохимические.

3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые, за исключением ультразвуковых исследований сосудов (однократно в течение срока действия договора страхования);

- функциональные: ЭКГ, ФВД (однократно в течение срока действия договора страхования);

- рентгенологические.

4. Помощь на дому:

Медицинская помощь на дому осуществляется в пределах административной границы города Застрахованным, которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме и включает в себя:

- первичный и повторный приемы врача-терапевта на дому (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к 2-м врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулез, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА».

5. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

17. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; стационарное лечение.

18. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

19. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому, кроме случаев, указанных выше.

22. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

16. «SILVER»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «SILVER»:

1. Стационарная помощь:

1.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;
- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- инфекционное;
- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

1.2. Лабораторные исследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- клинические;
- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со Страховщиком;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);
- цитологические.

1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия;
- ультразвуковые;

- функциональные;
- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.4. Физиотерапевтическое лечение (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;
- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

1.5. Методы восстановительного лечения (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

1.6. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности).

1.7. Лечение в дневном стационаре.

Плановая госпитализация осуществляется в случаях, когда проведение диагностических и/или лечебных манипуляций возможно только в стационарных условиях и/или амбулаторная помощь оказывается неэффективной.

Плановая госпитализация организуется Страховщиком по направлению лечащего врача на основании: амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Такой вид госпитализации производится в Медицинскую организацию из числа указанных в Договоре страхования. Сроки госпитализации определяются индивидуально.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную больницу, с использованием услуг станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 2–4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

2. Стоматологическая помощь:

2.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

2.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки).

2.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химио- и светоотверждаемых пломбировочных материалов (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования),

- лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на ½, не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования),

механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

2.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

2.5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия.

3. Реабилитационно-восстановительное лечение:

Реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенных в период действия Договора страхования следующих заболеваний:

- переломов конечностей;
- острого нарушения мозгового кровообращения.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- лечебные процедуры и манипуляции;
- мануальная терапия;
- физиотерапевтические методы лечения.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «SILVER»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Лечение у специалистов, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования «SILVER».

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «SILVER».

5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклонолтерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

7. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

8. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

9. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

10. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

11. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

12. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

13. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

14. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; хирургическое изменение пола; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

15. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

16. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

17. Санаторно-курортное лечение.

18. Медицинская помощь специалистов на дому.

19. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

17. «GOLD»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «GOLD»:

1. Стационарная помощь:

1.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;
- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- инфекционное;

- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

1.2. Лабораторные исследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- клинические;

- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со Страховщиком;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);

- цитологические.

1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.4. Физиотерапевтическое лечение (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;
- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

1.5. Методы восстановительного лечения (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- гирудотерапия;

- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

1.6. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности).

1.7. Лечение в дневном стационаре.

Плановая госпитализация осуществляется в случаях, когда проведение диагностических и/или лечебных манипуляций возможно только в стационарных условиях и/или амбулаторная помощь оказывается неэффективной.

Плановая госпитализация организуется Страховщиком по направлению лечащего врача на основании: амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Такой вид госпитализации производится в Медицинскую организацию из числа указанных в Договоре страхования. Сроки госпитализации определяются индивидуально.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную больницу, с использованием услуг станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 2–4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

2. Стоматологическая помощь:

2.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

2.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки).

2.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

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

- лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на ½), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

2.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

2.5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия.

2.6. Снятие зубных отложений по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования), в том числе методом «Air-Flow».

2.7. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования).

3. Реабилитационно-восстановительное лечение:

Реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенных в период действия Договора страхования следующих заболеваний:

- переломов конечностей;
- острого нарушения мозгового кровообращения.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- лечебные процедуры и манипуляции;
- мануальная терапия;
- физиотерапевтические методы лечения.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача на базе дневного стационара.

4. Санаторно-курортное лечение:

Санаторно-курортное лечение после перенесенных в период действия договора страхования следующих заболеваний:

- острого инфаркта миокарда;
- острого нарушения мозгового кровообращения;
- операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки;
- удаление желчного пузыря;
- операций на сердце и магистральных сосудах.

5. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации):

5.1. Видеоконсультации психолога.

5.2. Видеоконсультации с врачами г.Москвы и г.Санкт-Петербурга - подтверждение впервые установленного диагноза:

- онкологические заболевания,
- сахарный диабет.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «GOLD»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреаплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулез, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Лечение у специалистов, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования «GOLD».

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «GOLD».

5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклонолтерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

7. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

8. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

9. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

10. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением.

11. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

12. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

13. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

14. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; хирургическое изменение пола; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

15. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

16. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- отбеливание зубов, полировка;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

17. Медицинская помощь специалистов на дому.

18. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

18. «PLATINUM»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «PLATINUM»:

1. Стационарная помощь:

1.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;
- анестезиология и реанимация;

- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- инфекционное;
- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

1.2. Лабораторные исследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- клинические;
- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со Страховщиком;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);
- цитологические.

1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.4. Физиотерапевтическое лечение (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;
- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

1.5. Методы восстановительного лечения (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

1.6. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности).

1.7. Лечение в дневном стационаре.

Плановая госпитализация осуществляется в случаях, когда проведение диагностических и/или лечебных манипуляций возможно только в стационарных условиях и/или амбулаторная помощь оказывается неэффективной.

Плановая госпитализация организуется Страховщиком по направлению лечащего врача на основании: амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Такой вид госпитализации производится в Медицинскую организацию из числа указанных в Договоре страхования. Сроки госпитализации определяются индивидуально.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную больницу, с использованием услуг станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 2–4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

2. Стоматологическая помощь:

2.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

2.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки) ортопантомография (однократно).

2.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химио- и светоотверждаемых пломбирочных материалов, стеклоиномерного цемента,
- лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на $\frac{1}{2}$), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

2.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов, наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

2.5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия.

2.6. Лечебные пародонтологические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

- лечение острых воспалений слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта (не более 5-ти сеансов в течение всего периода действия Договора страхования).

2.7. Снятие зубных отложений по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования), в том числе методом «Air-Flow».

2.8. Покрытие зубов фторсодержащими препаратами по медицинским показаниям (однократно в течение всего периода действия Договора страхования).

3. Реабилитационно-восстановительное лечение:

Реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенных в период действия Договора страхования следующих заболеваний:

- переломов конечностей;
- острого нарушения мозгового кровообращения.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- лечебные процедуры и манипуляции;
- мануальная терапия;
- физиотерапевтические методы лечения.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача на базе дневного стационара.

4. Санаторно-курортное лечение:

Санаторно-курортное лечение после перенесенных в период действия договора страхования следующих заболеваний:

- острого инфаркта миокарда;
- острого нарушения мозгового кровообращения;
- операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки;
- удаление желчного пузыря;
- операций на сердце и магистральных сосудах.

5. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации):

5.1. Видеоконсультации психолога.

5.2. Видеоконсультации с врачами г.Москвы и г.Санкт-Петербурга - подтверждение впервые установленного диагноза:

- онкологические заболевания,
- сахарный диабет.

5.3. «Второе мнение» - видеоконсилиум с врачами зарубежных клиник по впервые установленным в период действия договора страхования диагнозам:

- онкологические заболевания,
- сахарный диабет.

6. Медицинские услуги в амбулаторных условиях:

6.1. Консультативные приемы врачей-специалистов с ученой степенью следующих специальностей: кардиология; ревматология; гастроэнтерология; пульмонология; эндокринология; неврология; терапия; инфекционные болезни; травматология и ортопедия; урология; нефрология; колопроктология; хирургия; гинекология; отоларингология; офтальмология; аллергология.

6.2. Забор крови по месту жительства/работы.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «PLATINUM»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулез, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Лечение у специалистов, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования «PLATINUM».

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «PLATINUM».

5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

7. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

8. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

9. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

10. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

11. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

12. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

13. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

14. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; хирургическое изменение пола; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

15. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

16. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология;
- отбеливание зубов, полировка;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

17. Медицинская помощь специалистов на дому.

18. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

19. «Родовспоможение»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, связанной с осложнениями, возникшими в процессе родов в Медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

Программа разработана для женщин, со сроком беременности от 36 недель.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе:

1. Консультации специалистов.
2. Лабораторные и инструментальные исследования (по медицинским показаниям)
3. Ведение родов в присутствии медицинской бригады: акушер-гинеколог, анестезиолог (при необходимости проведения анестезии), неонатолог, акушерка.
4. Использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры; обезболивание (по медицинским показаниям): эпидуральная анестезия, внутривенный наркоз, масочная ингаляция.
5. Пребывание в палате интенсивной терапии (по медицинским показаниям).
6. Пребывание после родов преимущественно в одно-двухместных палатах (возможно совместное или раздельное пребывание матери и ребенка) не более 4-х дней.
7. Лечение осложнений, возникших в процессе родов (разрыв матки, перитонит, сепсис, плодоразрушение и пр.)
8. Госпитализация в случае возникновения у роженицы послеродовых осложнений со стороны органов малого таза в течение 7 календарных дней после выписки.

Длительность пребывания при осложненных родах или оперативном родоразрешении определяется лечащим врачом.

Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Родовспоможение»:

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную с лечением осложнений, не связанных с родами. Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется, пациентам со следующими заболеваниями: венерические болезни (сифилис, гонорея и т.п.), гнойно-септические очаги инфекции и т.п., пороки сердца с нарушением кровообращения, гипертоническая болезнь II Б и III стадий, заболевания почек (гломерулонефрит) и т.п., психические расстройства (эпилепсия, шизофрения) и т.п., сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы) и т.п., ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты.

20. «Скорая (неотложная) медицинская помощь»

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату Медицинской помощи при обращении в соответствующие организации скорой (неотложной) медицинской помощи, определенные Договором страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «Скорая (неотложная) медицинская помощь» предусматривает оказание Медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, ожогами, отравлениями, других состояний требующих экстренного (неотложного) медицинского вмешательства.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе:

1. Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, в том числе специализированной.
2. Первичный осмотр, проведение экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля.
3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи бригадой скорой (неотложной) медицинской помощи.

4. Транспортировка бригадой скорой (неотложной) медицинской помощи, в том числе специализированной, в медицинскую организацию.

5. Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию.

21. «Реабилитационно-восстановительное лечение»

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» заключается в дополнение к Программам добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь».

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих Медицинских организациях:

- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- водо- и грязелечебницах;
- реабилитационных центрах;
- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций;
- физкультурных диспансерах.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- гирудотерапия;
- диетотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- лечебные процедуры и манипуляции;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение);
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения;
- физиотерапевтические методы лечения;
- фитотерапия.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» заключается в дополнение к Программам добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь».

22. «Лекарственная помощь»

Программа добровольного медицинского страхования «Лекарственная помощь» заключается в дополнение к Программам добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь» и «Комплексная медицинская помощь» и предусматривает оплату Страховщиком лекарственных препаратов.

Оплата лекарственных препаратов осуществляется при наступлении Страхового случая, предусмотренного Программами добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь» и «Комплексная медицинская помощь», в Аптечных организациях из числа предусмотренных Договором страхования в период его действия.

Основанием для получения лекарственных препаратов является рецепт лечащего врача, выписанный при оказании Медицинской помощи по Программам добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь» и «Комплексная медицинская помощь». Рецептурный бланк установленного образца, оформляется в соответствии с действующими требованиями.

В случае отсутствия необходимого Лекарственного препарата, указанного в рецептурном бланке, производится отпуск синонимического лекарственного препарата (синонимическими Лекарственными средствами считаются средства, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование (МНН) без оформления нового рецепта, или, по желанию Застрахованного, осуществляется отсроченное обслуживание рецептурного бланка в течение срока действия Договора страхования.

В случае отсутствия Лекарственного препарата в той дозировке, которая указана в рецептурном бланке, Аптечная организация вправе с согласия Застрахованного выдать этот же Лекарственный препарат в иной дозировке без замены рецептурного бланка, разъяснив при этом дозу и кратность приема Лекарственного препарата, о чем делается отметка в рецептурном бланке.

23. «Будь здоров» (Поликлиника)

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравления в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

На страхования принимаются лица с 18 лет до 90 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника).

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (исключая стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи):

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей: терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, аллерголога-иммунолога, невролога, кардиолога, дерматовенеролога, хирурга, травматолога-ортопеда, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, уролога, онколога-маммолога, физиотерапевта, ревматолога.

1.1.2. Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.

1.1.3. Диагностические лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические и серологические.

1.1.4. Диагностические инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД (1 раз за период действия Договора), Эхо-КГ, УЗИ сосудов конечностей и головного мозга (до 4-х исследований в течение действия договора), ФВД, ультразвуковая диагностика (до 4-х исследований в течение действия договора), рентгенологическая диагностика (в т.ч. маммография), эндоскопические методы исследования органов дыхания и пищеварения (до 2-х исследований в течение действия договора).

1.1.5. Физиотерапевтические процедуры: электро-, свето-, теплолечение; магнито-, лазеротерапия (не более 5 процедур одного вида за период действия Договора).

1.1.6. Введение противостолбнячного анатоксина и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника).

2.1. Лечение следующих заболеваний и состояний, а также их осложнений (с момента установления диагноза):

2.1.1. злокачественные онкологические новообразования всех органов и тканей (включая гемобластозы), доброкачественные новообразования (кисты, миомы и др.);

2.1.2. наследственные заболевания, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения;

2.1.3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;

дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

2.1.4. системные заболевания соединительной ткани, недифференцированные коллагенозы; саркоидоз, амилоидоз; ревматизм; псориаз; дерматиты; экзема; микозы; нейродермит; педикулез; чесотка; паразитарные болезни.

2.1.5. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие особо опасные инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранением), ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные заболевания, туберкулез, глубокие и висцеральные формы микозов;

2.1.6. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;

2.1.7. хронические гепатиты, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

2.1.8. беременность, роды и послеродовый период и осложнения с ними связанные, бесплодие, импотенция;

2.1.9. профессиональные заболевания, острая и хроническая лучевая болезнь;

2.1.10. болезни эндокринной системы, (сахарный диабет и его осложнения, гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ; подагра;

2.1.11. заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.;

2.1.12. заболевания органов и тканей, требующие сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения;

2.1.13. расстройства сна; ронхопатия.

2.2. Следующие виды медицинских услуг:

2.2.1. услуги, в т.ч. назначенные и рекомендованные врачом, но не указанные в разделе I настоящей Программы;

2.2.2. услуги, оказанные без медицинских показаний, или не согласованные со Страховщиком;

2.2.3. услуги, оказанные в профилактических, оздоровительных целях (профилактический массаж, тренажеры, солярий); нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; все методы озонотерапии; механотерапия; аппаратный массаж; гидроклоноотерапия;

2.2.4. диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры;

2.2.5. услуги, оказанные с косметической, эстетической целью, в целях улучшения психологического состояния Пациента (включая услуги при заболеваниях мягких тканей, кожи и её придатков: мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозный моллюск,

невусы, липомы, вросший ноготь, выпадение волос и т.д.); склеротерапия варикозной болезни вен, ЭВЛК; артроскопия; коррекция веса; коррекция речи;

2.2.6. лабораторные исследования сверх указанного в программе объема;

2.2.7. психотерапевтические услуги (за исключением первичного приема врача-психотерапевта);

2.2.8. методы диагностики и лечения, относящиеся к традиционной, альтернативной и народной медицине (в том числе гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, цуботерапия, галотерапия, спелеотерапия, термо- и электропунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика, фитотерапия, озонотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др.); авторские и экспериментальные методы диагностики и лечения, не прошедшие сертификацию и не одобренные органами управления здравоохранения к применению;

2.2.9. услуги, связанные с планированием семьи: подбор методов контрацепции, введение ВМС, наблюдение за использованием методов контрацепции, удаление ВМС (кроме удаления по медицинским показаниям); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; ведение беременности; медицинские аборт; дородовое наблюдение; роды; лечение бесплодия; консультация и лечение у врача-androлога, сексопатолога и др.;

2.2.10. Диагностика и лечение сексуальных расстройств;

2.2.11. экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонирование и др.

2.2.12. специфическая иммунотерапия (СИТ);

2.2.13. оперативные и консервативные методы коррекции зрения, включая физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, лазерное лечение заболеваний органов зрения;

2.2.14. подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений для улучшения слуха;

2.2.15. стационаророзамещающие формы оказания медицинской помощи (дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому);

2.2.16. услуги, связанные с выдачей/продлением личных медицинских книжек, справок (на управление транспортным средством, для посещения спортивно-оздоровительных учреждений, для выезда за рубеж, для посещения и поступления в образовательные заведения, для ношения и хранения оружия и др.); услуги, связанные с прохождением медико-социальной экспертизы; услуги, связанные с оформлением санаторно-курортных карт;

2.2.17. проведение обследования с целью подготовки к плановой госпитализации;

2.2.18. профилактические прививки, кроме введения противостолбнячного анатоксинома и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям;

2.2.19. лечебные манипуляции с применением лазерных установок;

2.2.20. лечение заболеваний полости рта и зубов.

2.2.21. приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

2.2.21. расходы застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

III. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника):

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

24. «Будь здоров» (Поликлиника, Помощь на дому)

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравления в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

На страхования принимаются лица с 18 лет до 90 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Помощь на дому).

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (исключая стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи):

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей: терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, аллерголога-иммунолога, невролога, кардиолога, дерматовенеролога, хирурга, травматолога-ортопеда, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, уролога, онколога-маммолога, физиотерапевта, ревматолога.

1.1.2. Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.

1.1.3. Диагностические лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические и серологические.

1.1.4. Диагностические инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД (1 раз за период действия Договора), Эхо-КГ, УЗИ сосудов конечностей и головного мозга (до 4-х исследований в течение действия договора), ФВД, ультразвуковая диагностика (до 4-х исследований в течение действия договора), рентгенологическая диагностика (в т.ч. маммография), эндоскопические методы исследования органов дыхания и пищеварения (до 2-х исследований в течение действия договора).

1.1.5. Физиотерапевтические процедуры: электро-, свето-, теплолечение; магнито-, лазеротерапия (не более 5 процедур одного вида за период действия Договора).

1.1.6. Введение противостолбнячного анатоксина и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям.

1.2. Помощь на дому:

Медицинская помощь на дому осуществляется в пределах административной границы города Застрахованным, которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме и включает в себя:

- первичный и повторный приемы врача-терапевта на дому (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Помощь на дому).

2.1. Лечение следующих заболеваний и состояний, а также их осложнений (с момента установления диагноза):

2.1.1. злокачественные онкологические новообразования всех органов и тканей (включая гемобластозы), доброкачественные новообразования (кисты, миомы и др.);

2.1.2. наследственные заболевания, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения;

2.1.3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;

дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

2.1.4. системные заболевания соединительной ткани, недифференцированные коллагенозы; саркоидоз, амилоидоз; ревматизм; псориаз; дерматиты; экзема; микозы; нейродермит; педикулез; чесотка; паразитарные болезни.

2.1.5. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие особо опасные инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранением), ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные заболевания, туберкулез, глубокие и висцеральные формы микозов;

2.1.6. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;

2.1.7. хронические гепатиты, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

2.1.8. беременность, роды и послеродовый период и осложнения с ними связанные, бесплодие, импотенция;

2.1.9. профессиональные заболевания, острая и хроническая лучевая болезнь;

2.1.10. болезни эндокринной системы, (сахарный диабет и его осложнения, гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ; подагра;

2.1.11. заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.;

2.1.12. заболевания органов и тканей, требующие сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения;

2.1.13. расстройства сна; ронхопатия.

2.2. Следующие виды медицинских услуг:

2.2.1. услуги, в т.ч. назначенные и рекомендованные врачом, но не указанные в разделе I настоящей Программы;

2.2.2. услуги, оказанные без медицинских показаний, или не согласованные со Страховщиком;

2.2.3. услуги, оказанные в профилактических, оздоровительных целях (профилактический массаж, тренажеры, солярий); нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; все методы озонотерапии; механотерапия; аппаратный массаж; гидроклоноотерапия;

2.2.4. диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры;

2.2.5. услуги, оказанные с косметической, эстетической целью, в целях улучшения психологического состояния Пациента (включая услуги при заболеваниях мягких тканей, кожи и её придатков: мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозный моллюск, невусы, липомы, вросший ноготь, выпадение волос и т.д.); склеротерапия варикозной болезни вен, ЭВЛК; артроскопия; коррекция веса; коррекция речи;

2.2.6. лабораторные исследования сверх указанного в программе объема;

2.2.7. психотерапевтические услуги (за исключением первичного приема врача-психотерапевта);

2.2.8. методы диагностики и лечения, относящиеся к традиционной, альтернативной и народной медицине (в том числе гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, цуботерапия,

галотерапия, спелеотерапия, термо- и электропунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика, фитотерапия, озонотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др.); авторские и экспериментальные методы диагностики и лечения, не прошедшие сертификацию и не одобренные органами управления здравоохранения к применению;

2.2.9. услуги, связанные с планированием семьи: подбор методов контрацепции, введение ВМС, наблюдение за использованием методов контрацепции, удаление ВМС (кроме удаления по медицинским показаниям); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; ведение беременности; медицинские аборт; родовое наблюдение; роды; лечение бесплодия; консультация и лечение у врача-андролога, сексопатолога и др.;

2.2.10. Диагностика и лечение сексуальных расстройств;

2.2.11. экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гемофльтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонирование и др.

2.2.12. специфическая иммунотерапия (СИТ);

2.2.13. оперативные и консервативные методы коррекции зрения, включая физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, лазерное лечение заболеваний органов зрения;

2.2.14. подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений для улучшения слуха;

2.2.15. стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому);

2.2.16. услуги, связанные с выдачей/продлением личных медицинских книжек, справок (на управление транспортным средством, для посещения спортивно-оздоровительных учреждений, для выезда за рубеж, для посещения и поступления в образовательные заведения, для ношения и хранения оружия и др.); услуги, связанные с прохождением медико-социальной экспертизы; услуги, связанные с оформлением санаторно-курортных карт;

2.2.17. проведение обследования с целью подготовки к плановой госпитализации;

2.2.18. профилактические прививки, кроме введения противостолбнячного анатоксинома и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям;

2.2.19. лечебные манипуляции с применением лазерных установок;

2.2.20. лечение заболеваний полости рта и зубов.

2.2.21. приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

2.2.22. расходы застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

III. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Помощь на дому):

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

Настоящей Программой предусмотрена единая страховая сумма по всем рискам.

25. «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология)

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравления в Медицинскую организацию, оказывающую

амбулаторно-поликлиническую и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

На страхования принимаются лица с 18 лет до 90 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология).

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (исключая стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи):

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей: терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, аллерголога-иммунолога, невролога, кардиолога, дерматовенеролога, хирурга, травматолога-ортопеда, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, уролога, онколога-маммолога, физиотерапевта, ревматолога.

1.1.2. Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.

1.1.3. Диагностические лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические и серологические.

1.1.4. Диагностические инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД (1 раз за период действия Договора), Эхо-КГ, УЗИ сосудов конечностей и головного мозга (до 4-х исследований в течение действия договора), ФВД, ультразвуковая диагностика (до 4-х исследований в течение действия договора), рентгенологическая диагностика (в т.ч. маммография), эндоскопические методы исследования органов дыхания и пищеварения (до 2-х исследований в течение действия договора).

1.1.5. Физиотерапевтические процедуры: электро-, свето-, теплолечение; магнито-, лазеротерапия (не более 5 процедур одного вида за период действия Договора).

1.1.6. Введение противостолбнячного анатоксина и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям.

1.2. Стоматологическая помощь:

Стоматологическая помощь оказывается при кариесе, пульпите и периодонтите, некариозных поражениях зубов (не более 4 зубов за период действия Договора), заболеваниях пародонта, воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, полости рта и языка:

1.2.1. приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, пародонтолога);

1.2.2. прицельные дентальные рентгенологические снимки, радиовизиография;

1.2.3. анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.2.4. терапевтическое лечение стоматологических заболеваний (кариеса, пульпита, периодонтита) при условии разрушении коронковой части зуба менее чем на 50% с использованием современных свето- и химиотверждаемых пломбировочных материалов. Механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов пастами и гуттаперчевыми штифтами;

1.2.5. хирургическая помощь при острых и обострении хронических заболеваний: удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов), вскрытие абсцессов;

1.2.6. терапевтическое лечение заболеваний тканей пародонта (до 5 сеансов за период действия Договора: механическая и медикаментозная обработка пародонтальных карманов, лечебные повязки и прочие манипуляции, связанные с консервативным лечением заболеваний пародонта, закрытый кюретаж);

1.2.7. лечение воспалительных заболеваний слизистой полости рта – острого стоматита и острого гингивита по медицинским показаниям;

1.2.8. снятие твердых зубных отложений в лечебных целях и покрытие зубов фторлаком при гиперестезии (не более одного раза в течение срока действия Договора).

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология).

2.1. Лечение следующих заболеваний и состояний, а также их осложнений (с момента установления диагноза):

2.1.1. злокачественные онкологические новообразования всех органов и тканей (включая гемобластозы), доброкачественные новообразования (кисты, миомы и др.);

2.1.2. наследственные заболевания, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения;

2.1.3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;

дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

2.1.4. системные заболевания соединительной ткани, недифференцированные коллагенозы; саркоидоз, амилоидоз; ревматизм; псориаз; дерматиты; экзема; микозы; нейродермит; педикулез; чесотка; паразитарные болезни.

2.1.5. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие особо опасные инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранением), ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные заболевания, туберкулез, глубокие и висцеральные формы микозов;

2.1.6. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;

2.1.7. хронические гепатиты, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

2.1.8. беременность, роды и послеродовый период и осложнения с ними связанные, бесплодие, импотенция;

2.1.9. профессиональные заболевания, острая и хроническая лучевая болезнь;

2.1.10. болезни эндокринной системы, (сахарный диабет и его осложнения, гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ; подагра;

2.1.11. заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.;

2.1.12. заболевания органов и тканей, требующие сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения;

2.1.13. расстройства сна; ронхопатия.

2.2. Следующие виды медицинских услуг:

2.2.1. услуги, в т.ч. назначенные и рекомендованные врачом, но не указанные в разделе I настоящей Программы;

2.2.2. услуги, оказанные без медицинских показаний, или не согласованные со Страховщиком;

2.2.3. услуги, оказанные в профилактических, оздоровительных целях (профилактический массаж, тренажеры, солярий); нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; все методы озонотерапии; механотерапия; аппаратный массаж; гидроколлотерапия;

2.2.4. диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры;

2.2.5. услуги, оказанные с косметической, эстетической целью, в целях улучшения психологического состояния Пациента (включая услуги при заболеваниях мягких тканей,

кожи и её придатков: мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозный моллюск, невусы, липомы, вросший ноготь, выпадение волос и т.д.); склеротерапия варикозной болезни вен, ЭВЛК; артроскопия; коррекция веса; коррекция речи;

2.2.6. лабораторные исследования сверх указанного в программе объема;

2.2.7. психотерапевтические услуги (за исключением первичного приема врача-психотерапевта);

2.2.8. методы диагностики и лечения, относящиеся к традиционной, альтернативной и народной медицине (в том числе гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, цуботерапия, галотерапия, спелеотерапия, термо- и электропунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика, фитотерапия, озонотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др.); авторские и экспериментальные методы диагностики и лечения, не прошедшие сертификацию и не одобренные органами управления здравоохранения к применению;

2.2.9. услуги, связанные с планированием семьи: подбор методов контрацепции, введение ВМС, наблюдение за использованием методов контрацепции, удаление ВМС (кроме удаления по медицинским показаниям); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; ведение беременности; медицинские аборты; дородовое наблюдение; роды; лечение бесплодия; консультация и лечение у врача-androлога, сексопатолога и др.;

2.2.10. Диагностика и лечение сексуальных расстройств;

2.2.11. экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гемофльтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонирование и др.

2.2.12. специфическая иммунотерапия (СИТ);

2.2.13. оперативные и консервативные методы коррекции зрения, включая физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, лазерное лечение заболеваний органов зрения;

2.2.14. подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений для улучшения слуха;

2.2.15. стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому);

2.2.16. услуги, связанные с выдачей/продлением личных медицинских книжек, справок (на управление транспортным средством, для посещения спортивно-оздоровительных учреждений, для выезда за рубеж, для посещения и поступления в образовательные заведения, для ношения и хранения оружия и др.); услуги, связанные с прохождением медико-социальной экспертизы; услуги, связанные с оформлением санаторно-курортных карт;

2.2.17. проведение обследования с целью подготовки к плановой госпитализации;

2.2.18. профилактические прививки, кроме введения противостолбнячного анатоксинома и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям;

2.2.19. лечебные манипуляции с применением лазерных установок;

2.2.20. приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

2.2.21. расходы застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

2.3. Следующие виды стоматологического лечения:

2.3.1. восстановление коронковой части зуба, разрушенной на 50% и более;

2.3.2. пломбирование каналов методами с использованием разогретой (термопластифицированной) гуттаперчи (включая систему «Термафил», трехмерную

обтурацию каналов, вертикальную конденсацию), термопластических композитов; использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.);

2.3.3. протезирование (включая изготовление вкладки) и подготовка к нему в т.ч. эндодонтическое перелечивание каналов при хроническом периодонтите, лечение зубов через искусственные коронки;

2.3.4. имплантация и реконструктивные операции (удаление экзостозов, эпюлисов, применение костных и иных трансплантатов, имплантатов, остеотропных препаратов);

2.3.5. ортодонтия;

2.3.6. лечение заболеваний пародонта сверх указанного в программе объема, в т.ч. хирургическое лечение;

2.3.7. удаление ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов;

2.3.8. профилактическая и косметическая стоматология - реконструкция, герметизация фиссур, замена пломб без медицинских показаний, снятие зубных отложений и зубного налета в профилактических целях; покрытие зубов эмалями, глубокое фторирование, косметическое отбеливание зубов, художественная реставрация, установка виниров;

2.3.9. зубосохраняющие операции (гемисекция, резекция верхушки корня, цистэктомия, цистотомия и др.);

2.3.10. лечение каналов методом депофореза

2.3.11. лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (за исключением купирования острых состояний).

2.3.12. лечение заболеваний слюнных желез (за исключением купирования острых состояний).

2.3.13. хирургическое лечение доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области;

2.3.14. лечение остеомиелита челюстей, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

III. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология):

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

Настоящей Программой предусмотрена единая страховая сумма по всем рискам.

26. «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология, Помощь на дому)

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравления в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

На страхования принимаются лица с 18 лет до 90 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология, Помощь на дому).

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (исключая стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи):

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей: терапевта, гастроэнтеролога, эндокринолога, аллерголога-иммунолога, невролога, кардиолога, дерматовенеролога, хирурга, травматолога-ортопеда, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, уролога, онколога-маммолога, физиотерапевта, ревматолога.

1.1.2. Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.

1.1.3. Диагностические лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические и серологические.

1.1.4. Диагностические инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД (1 раз за период действия Договора), Эхо-КГ, УЗДГ сосудов конечностей и головного мозга (до 4-х исследований в течение действия договора), ФВД, ультразвуковая диагностика (до 4-х исследований в течение действия договора), рентгенологическая диагностика (в т.ч. маммография), эндоскопические методы исследования органов дыхания и пищеварения (до 2-х исследований в течение действия договора).

1.1.5. Физиотерапевтические процедуры: электро-, свето-, теплолечение; магнито-, лазеротерапия (не более 5 процедур одного вида за период действия Договора).

1.1.6. Введение противостолбнячного анатоксина и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям.

1.2. Стоматологическая помощь:

Стоматологическая помощь оказывается при кариесе, пульпите и периодонтите, некариозных поражениях зубов (не более 4 зубов за период действия Договора), заболеваниях пародонта, воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области, полости рта и языка:

1.2.1. приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, пародонтолога);

1.2.2. прицельные дентальные рентгенологические снимки, радиовизиография;

1.2.3. анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.2.4. терапевтическое лечение стоматологических заболеваний (кариеса, пульпита, периодонтита) при условии разрушении коронковой части зуба менее чем на 50% с использованием современных свето- и химиоотверждаемых пломбировочных материалов. Механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов пастами и гуттаперчевыми штифтами;

1.2.5. хирургическая помощь при острых и обострении хронических заболеваний: удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов), вскрытие абсцессов;

1.2.6. терапевтическое лечение заболеваний тканей пародонта (до 5 сеансов за период действия Договора: механическая и медикаментозная обработка пародонтальных карманов, лечебные повязки и прочие манипуляции, связанные с консервативным лечением заболеваний пародонта, закрытый кюретаж);

1.2.7. лечение воспалительных заболеваний слизистой полости рта – острого стоматита и острого гингивита по медицинским показаниям;

1.2.8. снятие твердых зубных отложений в лечебных целях и покрытие зубов фторлаком при гиперестезии (не более одного раза в течение срока действия Договора).

1.3. Помощь на дому:

Медицинская помощь на дому осуществляется в пределах административной границы города Застрахованным, которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме и включает в себя:

- первичный и повторный приемы врача-терапевта на дому (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология, Помощь на дому).

2.1. Лечение следующих заболеваний и состояний, а также их осложнений (с момента установления диагноза):

2.1.1. злокачественные онкологические новообразования всех органов и тканей (включая гемобластозы), доброкачественные новообразования (кисты, миомы и др.);

2.1.2. наследственные заболевания, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения;

2.1.3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;

дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.);

2.1.4. системные заболевания соединительной ткани, недифференцированные коллагенозы; саркоидоз, амилоидоз; ревматизм; псориаз; дерматиты; экзема; микозы; нейродермит; педикулез; чесотка; паразитарные болезни;

2.1.5. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие особо опасные инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранением), ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные заболевания, туберкулез, глубокие и висцеральные формы микозов;

2.1.6. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;

2.1.7. хронические гепатиты, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

2.1.8. беременность, роды и послеродовый период и осложнения с ними связанные, бесплодие, импотенция;

2.1.9. профессиональные заболевания, острая и хроническая лучевая болезнь;

2.1.10. болезни эндокринной системы, (сахарный диабет и его осложнения, гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ; подагра;

2.1.11. заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.;

2.1.12. заболевания органов и тканей, требующие сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения;

2.1.13. расстройства сна; ронхопатия.

2.2. Следующие виды медицинских услуг:

2.2.1. услуги, в т.ч. назначенные и рекомендованные врачом, но не указанные в разделе I настоящей Программы;

2.2.2. услуги, оказанные без медицинских показаний, или не согласованные со Страховщиком;

2.2.3. услуги, оказанные в профилактических, оздоровительных целях (профилактический массаж, тренажеры, солярий); нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; все методы озонотерапии; механотерапия; аппаратный массаж; гидроколлотерапия;

2.2.4. диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры;

2.2.5. услуги, оказанные с косметической, эстетической целью, в целях улучшения психологического состояния Пациента (включая услуги при заболеваниях мягких тканей, кожи и её придатков: мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозный моллюск, невусы, липомы, вросший ноготь, выпадение волос и т.д.); склеротерапия варикозной болезни вен, ЭВЛК; артроскопия; коррекция веса; коррекция речи;

2.2.6. лабораторные исследования сверх указанного в программе объема;

2.2.7. психотерапевтические услуги (за исключением первичного приема врача-психотерапевта);

2.2.8. методы диагностики и лечения, относящиеся к традиционной, альтернативной и народной медицине (в том числе гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, цуботерапия, галотерапия, спелеотерапия, термо- и электропунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика, фитотерапия, озонотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др.); авторские и экспериментальные методы диагностики и лечения, не прошедшие сертификацию и не одобренные органами управления здравоохранения к применению;

2.2.9. услуги, связанные с планированием семьи: подбор методов контрацепции, введение ВМС, наблюдение за использованием методов контрацепции, удаление ВМС (кроме удаления по медицинским показаниям); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; ведение беременности; медицинские аборт; дородовое наблюдение; роды; лечение бесплодия; консультация и лечение у врача-androлога, сексопатолога и др.;

2.2.10. Диагностика и лечение сексуальных расстройств;

2.2.11. экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонирование и др.

2.2.12. специфическая иммунотерапия (СИТ);

2.2.13. оперативные и консервативные методы коррекции зрения, включая физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, лазерное лечение заболеваний органов зрения;

2.2.14. подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений для улучшения слуха;

2.2.15. стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому);

2.2.16. услуги, связанные с выдачей/продлением личных медицинских книжек, справок (на управление транспортным средством, для посещения спортивно-оздоровительных учреждений, для выезда за рубеж, для посещения и поступления в образовательные заведения, для ношения и хранения оружия и др.); услуги, связанные с прохождением медико-социальной экспертизы; услуги, связанные с оформлением санаторно-курортных карт;

2.2.17. проведение обследования с целью подготовки к плановой госпитализации;

2.2.18. профилактические прививки, кроме введения противостолбнячного анатоксинома и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям;

2.2.19. лечебные манипуляции с применением лазерных установок;

2.2.20. приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

2.2.21. расходы застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

2.3. Следующие виды стоматологического лечения:

2.3.1. восстановление коронковой части зуба, разрушенной на 50% и более;

2.3.2. пломбирование каналов методами с использованием разогретой (термопластифицированной) гуттаперчи (включая систему «Термафил», трехмерную obturацию каналов, вертикальную конденсацию), термопластических композитов; использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.);

2.3.3. протезирование (включая изготовление вкладки) и подготовка к нему в т.ч. эндодонтическое перелечивание каналов при хроническом периодонтите, лечение зубов через искусственные коронки;

2.3.4. имплантация и реконструктивные операции (удаление экзостозов, эпюлисов, применение костных и иных трансплантатов, имплантатов, остеотропных препаратов);

- 2.3.5. ортодонтия;
- 2.3.6. лечение заболеваний пародонта сверх указанного в программе объема, в т.ч. хирургическое лечение;
- 2.3.7. удаление ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов;
- 2.3.8. профилактическая и косметическая стоматология - реконструкция, герметизация фиссур, замена пломб без медицинских показаний, снятие зубных отложений и зубного налета в профилактических целях; покрытие зубов эмалями, глубокое фторирование, косметическое отбеливание зубов художественная реставрация, установка виниров;
- 2.3.9. зубосохраняющие операции (гемисекция, резекция верхушки корня, цистэктомия, цистотомия и др.);
- 2.3.10. лечение каналов методом депофореза;
- 2.3.11. лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (за исключением купирования острых состояний);
- 2.3.12. лечение заболеваний слюнных желез (за исключением купирования острых состояний);
- 2.3.13. хирургическое лечение доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области;
- 2.3.14. лечение остеомиелита челюстей, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

III. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров» (Поликлиника, Стоматология, Помощь на дому):

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

Настоящей Программой предусмотрена единая страховая сумма по всем рискам.

27. «Будь здоров ЭКОНОМ» (Поликлиника)

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравления в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

На страхования принимаются лица с 18 лет до 65 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров ЭКОНОМ» (Поликлиника).

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (исключая стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи):

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей: терапевта, гастроэнтеролога, невролога, кардиолога, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, уролога, физиотерапевта.

1.1.2. Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.

1.1.3. Диагностические лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические.

1.1.4. Диагностические инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, ФВД), ультразвуковая диагностика (до 3-х исследований в течение действия договора), рентгенологическая диагностика.

1.1.5. Физиотерапевтические процедуры: электро-, свето-, теплолечение; магнито-, лазеротерапия (не более 5 процедур одного вида за период действия Договора).

1.1.6. Введение противостолбнячного анатоксина и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров ЭКОНОМ» (Поликлиника).

2.1. Лечение следующих заболеваний и состояний, а также их осложнений (с момента установления диагноза):

2.1.1. злокачественные онкологические новообразования всех органов и тканей (включая гемобластозы), доброкачественные новообразования (кисты, миомы и др.);

2.1.2. наследственные заболевания, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения;

2.1.3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;

дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

2.1.4. системные заболевания соединительной ткани, недифференцированные коллагенозы; саркоидоз, амилоидоз; ревматизм; псориаз; дерматиты; экзема; микозы; нейродермит; педикулез; чесотка; паразитарные болезни.

2.1.5. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие особо опасные инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранением), ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные заболевания, туберкулез, глубокие и висцеральные формы микозов;

2.1.6. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;

2.1.7. хронические гепатиты, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

2.1.8. беременность, роды и послеродовый период и осложнения с ними связанные, бесплодие, импотенция;

2.1.9. профессиональные заболевания, острая и хроническая лучевая болезнь;

2.1.10. болезни эндокринной системы, (сахарный диабет и его осложнения, гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ; подагра;

2.1.11. заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.;

2.1.12. заболевания органов и тканей, требующие сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения;

2.1.13. расстройства сна; ронхопатия.

2.2. Следующие виды медицинских услуг:

2.2.1. услуги, в т.ч. назначенные и рекомендованные врачом, но не указанные в разделе I настоящей Программы;

2.2.2. услуги, оказанные без медицинских показаний, или не согласованные со Страховщиком;

2.2.3. услуги, оказанные в профилактических, оздоровительных целях (профилактический массаж, тренажеры, солярий); нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; все методы озонотерапии; механотерапия; аппаратный массаж; гидроколонтотерапия;

2.2.4. диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры;

2.2.5. услуги, оказанные с косметической, эстетической целью, в целях улучшения психологического состояния Пациента (включая услуги при заболеваниях мягких тканей, кожи и её придатков: мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозный моллюск, невусы, липомы, вросший ноготь, выпадение волос и т.д.); склеротерапия варикозной болезни вен, ЭВЛК; артроскопия; коррекция веса; коррекция речи;

2.2.6. лабораторные исследования сверх указанного в программе объема;

2.2.7. психотерапевтические услуги (за исключением первичного приема врача-психотерапевта);

2.2.8. методы диагностики и лечения, относящиеся к традиционной, альтернативной и народной медицине (в том числе гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, цуботерапия, галотерапия, спелеотерапия, термо- и электропунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика, фитотерапия, озонотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др.); авторские и экспериментальные методы диагностики и лечения, не прошедшие сертификацию и не одобренные органами управления здравоохранения к применению;

2.2.9. услуги, связанные с планированием семьи: подбор методов контрацепции, введение ВМС, наблюдение за использованием методов контрацепции, удаление ВМС (кроме удаления по медицинским показаниям); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; ведение беременности; медицинские аборт; родовое наблюдение; роды; лечение бесплодия; консультация и лечение у врача-андролога, сексопатолога и др.;

2.2.10. Диагностика и лечение сексуальных расстройств;

2.2.11. экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонирование и др.

2.2.12. специфическая иммунотерапия (СИТ);

2.2.13. оперативные и консервативные методы коррекции зрения, включая физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, лазерное лечение заболеваний органов зрения;

2.2.14. подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений для улучшения слуха;

2.2.15. стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому);

2.2.16. услуги, связанные с выдачей/продлением личных медицинских книжек, справок (на управление транспортным средством, для посещения спортивно-оздоровительных учреждений, для выезда за рубеж, для посещения и поступления в образовательные заведения, для ношения и хранения оружия и др.); услуги, связанные с прохождением медико-социальной экспертизы; услуги, связанные с оформлением санаторно-курортных карт;

2.2.17. проведение обследования с целью подготовки к плановой госпитализации;

2.2.18. профилактические прививки, кроме введения противостолбнячного анатоксинома и антирабического иммуноглобулина по медицинским показаниям;

2.2.19. лечебные манипуляции с применением лазерных установок;

2.2.20. лечение заболеваний полости рта и зубов.

2.2.21. приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

2.2.22. расходы застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

III. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Будь здоров ЭКОНОМ» (Поликлиника):

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

28. «Детский доктор» (Поликлиника)

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравления в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

На страхования принимаются дети с 1 года до 17 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Детский доктор» (Поликлиника).

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (исключая стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи):

1.1.1. Приемы и консультации врачей следующих специальностей: педиатра, гастроэнтеролога, аллерголога-иммунолога, дерматовенеролога, невролога, кардиолога, хирурга, травматолога-ортопеда, офтальмолога, оториноларинголога, гинеколога, уролога, эндокринолога.

1.1.2. Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом.

1.1.3. Диагностические лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические.

1.1.4. Диагностические инструментальные исследования:

- функциональная диагностика (ЭКГ с расшифровкой);

- ультразвуковая диагностика (УЗИ внутренних органов, УЗИ сердца).

1.1.5. Классический лечебный массаж (до 10 процедур в течение срока действия Договора страхования).

Медицинские услуги, указанные в п.п. 1.1.2.-1.1.5., проводятся по назначению врача медицинского учреждения предусмотренного Договором страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Детский доктор» (Поликлиника).

2.1. Лечение следующих заболеваний и состояний, а также их осложнений (с момента установления диагноза):

2.1.1. злокачественные онкологические новообразования всех органов и тканей (включая гемобластозы), доброкачественные новообразования (кисты, миомы и др.);

2.1.2. наследственные заболевания, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения;

2.1.3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;

дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

2.1.4. системные заболевания соединительной ткани, недифференцированные коллагенозы; саркоидоз, амилоидоз; ревматизм; псориаз; дерматиты; экзема; микозы; нейродермит; педикулез; чесотка; паразитарные болезни.

2.1.5. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие особо опасные инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранением), ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные заболевания, туберкулез, глубокие и висцеральные формы микозов;

2.1.6. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;

2.1.7. хронические гепатиты, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

2.1.8. болезни эндокринной системы, (сахарный диабет и его осложнения, гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ; подагра;

2.1.9. заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.;

2.1.10. заболевания органов и тканей, требующие сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения;

2.1.11. расстройства сна.

2.2. Следующие виды медицинских услуг:

2.2.1. услуги, в т.ч. назначенные и рекомендованные врачом, но не указанные в разделе I настоящей Программы;

2.2.2. услуги, оказанные без медицинских показаний, или не согласованные со Страховщиком;

2.2.3. услуги, оказанные в профилактических, оздоровительных целях (профилактический массаж, тренажеры); нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; все методы озонотерапии; механотерапия; аппаратный массаж; гидроколлотерапия;

2.2.4. диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры;

2.2.5. услуги, оказанные с косметической, эстетической целью, в целях улучшения психологического состояния Пациента (включая услуги при заболеваниях мягких тканей, кожи и её придатков: мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозный моллюск, невусы, липомы, вросший ноготь, выпадение волос и т.д.); склеротерапия варикозной болезни вен; артроскопия; коррекция веса; коррекция речи;

2.2.6. лабораторные исследования сверх указанного в программе объема;

2.2.7. психотерапевтические услуги (за исключением первичного приема врача-психотерапевта);

2.2.8. методы диагностики и лечения, относящиеся к традиционной, альтернативной и народной медицине (в том числе гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, цуботерапия, галотерапия, спелеотерапия, термо- и электропунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика, фитотерапия, озонотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др.); авторские и экспериментальные методы диагностики и лечения, не прошедшие сертификацию и не одобренные органами управления здравоохранения к применению;

2.2.9. экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонирование и др.

2.2.10. специфическая иммунотерапия (СИТ);

2.2.11. оперативные и консервативные методы коррекции зрения, включая физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, лазерное лечение заболеваний органов зрения;

2.2.12. подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений для улучшения слуха;

2.2.13. стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому);

2.2.14. услуги, связанные с выдачей/продлением личных медицинских книжек, справок (на управление транспортным средством, для выезда за рубеж и др.); услуги, связанные с

прохождением медико-социальной экспертизы; услуги, связанные с оформлением санаторно-курортных карт;

2.2.15. проведение обследования с целью подготовки к плановой госпитализации;

2.2.16. профилактические прививки;

2.2.17. лечебные манипуляции с применением лазерных установок.

2.2.18. лечение заболеваний полости рта и зубов.

2.2.19. приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

2.2.20. расходы застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

III. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Детский доктор» (Поликлиника):

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящей Программой предусмотрена единая страховая сумма по всем рискам.

29. «Детский доктор» (Поликлиника, Помощь на дому)

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравления в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

На страхования принимаются дети с 1 года до 17 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Детский доктор» (Поликлиника, Помощь на дому).

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (исключая стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи):

1.1.1. Приемы и консультации врачей следующих специальностей: педиатра, гастроэнтеролога, аллерголога-иммунолога, дерматовенеролога, невролога, кардиолога, хирурга, травматолога-ортопеда, офтальмолога, оториноларинголога, гинеколога, уролога, эндокринолога.

1.1.2. Услуги, выполняемые средним медицинским персоналом.

1.1.3. Диагностические лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические.

1.1.4. Диагностические инструментальные исследования:

- функциональная диагностика (ЭКГ с расшифровкой);

- ультразвуковая диагностика (УЗИ внутренних органов, УЗИ сердца).

1.1.5. Классический лечебный массаж (до 10 процедур в течение срока действия Договора страхования).

Медицинские услуги, указанные в п.п. 1.1.2.-1.1.5., проводятся по назначению врача медицинского учреждения предусмотренного Договором страхования.

1.2. Помощь на дому:

Медицинская помощь на дому осуществляется в пределах административной границы города, Застрахованным которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме:

- первичный и повторный приемы педиатра на дому (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Детский доктор» (Поликлиника, Помощь на дому).

2.1. Лечение следующих заболеваний и состояний, а также их осложнений (с момента установления диагноза):

2.1.1. злокачественные онкологические новообразования всех органов и тканей (включая гемобластозы), доброкачественные новообразования (кисты, миомы и др.);

2.1.2. наследственные заболевания, врожденные пороки развития, деформации и хромосомные нарушения;

2.1.3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;

дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

2.1.4. системные заболевания соединительной ткани, недифференцированные коллагенозы; саркоидоз, амилоидоз; ревматизм; псориаз; дерматиты; экзема; микозы; нейродермит; педикулез; чесотка; паразитарные болезни.

2.1.5. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие особо опасные инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранением), ВИЧ-инфекция и ВИЧ-ассоциированные заболевания, туберкулез, глубокие и висцеральные формы микозов;

2.1.6. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;

2.1.7. хронические гепатиты, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

2.1.8. болезни эндокринной системы, (сахарный диабет и его осложнения, гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ; подагра;

2.1.9. заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.;

2.1.10. заболевания органов и тканей, требующие сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, протезирования, пластической хирургии и их осложнения;

2.1.11. расстройства сна.

2.2. Следующие виды медицинских услуг:

2.2.1. услуги, в т.ч. назначенные и рекомендованные врачом, но не указанные в разделе I настоящей Программы;

2.2.2. услуги, оказанные без медицинских показаний, или не согласованные со Страховщиком;

2.2.3. услуги, оказанные в профилактических, оздоровительных целях (профилактический массаж, тренажеры); нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; все методы озонотерапии; механотерапия; аппаратный массаж; гидроколлотерапия;

2.2.4. диспансерное наблюдение, предварительные и периодические медицинские осмотры;

2.2.5. услуги, оказанные с косметической, эстетической целью, в целях улучшения психологического состояния Пациента (включая услуги при заболеваниях мягких тканей, кожи и её придатков: мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозный моллюск,

невусы, липомы, вросший ноготь, выпадение волос и т.д.); склеротерапия варикозной болезни вен, ЭВЛК; артроскопия; коррекция веса; коррекция речи;

2.2.6. лабораторные исследования сверх указанного в программе объема;

2.2.7. психотерапевтические услуги (за исключением первичного приема врача-психотерапевта);

2.2.8. методы диагностики и лечения, относящиеся к традиционной, альтернативной и народной медицине (в том числе гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, цуботерапия, галотерапия, спелеотерапия, термо- и электропунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика, фитотерапия, озонотерапия, гомеопатия, энергоинформатика и др.); авторские и экспериментальные методы диагностики и лечения, не прошедшие сертификацию и не одобренные органами управления здравоохранения к применению;

2.2.9. экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонирование и др.

2.2.10. специфическая иммунотерапия (СИТ);

2.2.11. оперативные и консервативные методы коррекции зрения, включая физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, лазерное лечение заболеваний органов зрения;

2.2.12. подбор корректирующих медицинских устройств или приспособлений для улучшения слуха;

2.2.13. стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому);

2.2.14. услуги, связанные с выдачей/продлением личных медицинских книжек, справок (на управление транспортным средством, для выезда за рубеж и др.); услуги, связанные с прохождением медико-социальной экспертизы; услуги, связанные с оформлением санаторно-курортных карт;

2.2.15. проведение обследования с целью подготовки к плановой госпитализации;

2.2.16. профилактические прививки;

2.2.17. лечебные манипуляции с применением лазерных установок;

2.2.18. лечение заболеваний полости рта и зубов;

2.2.19. приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

2.2.20. расходы застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

III. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Детский доктор» (Поликлиника, Помощь на дому):

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Настоящей Программой предусмотрена единая страховая сумма по всем рискам.

30. «НС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «НС»:

- 1.1. консультации врача-травматолога;
- 1.2. рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям);
- 1.3. наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);
- 1.4. снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);
- 1.5. ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям);
- 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить документы, подтверждающие факт получения травмы (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), а также рекомендацию лечащего врача о необходимости ультразвукового исследования или одного из видов томографии, в связи с полученной травмой.

II. Программой добровольного медицинского страхования «НС» предусмотрено возмещение расходов на приобретение синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), подтверждающая факт получения травмы, содержащая: диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, необходимое количество синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации;
- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- в случае обращения законного представителя либо лица действующего по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «НС»:

- 3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.
- 3.2. Медицинская помощь, не связанная с лечением травм, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».
- 3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную Страховщиком.
- 3.4. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) для лечения иного лица, чем Застрахованный.
- 3.5. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «НС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «НС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «НС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «НС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «НС»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «НС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию (МО), оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:	
1.1. Консультации врача-травматолога.	
1.2. Рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям).	
1.3. Наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс).	
1.4. Снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс).	
1.5. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям).	
1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей __ копеек.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется путем:	
- непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию;	
- возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, дедушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

31. «Антиклещ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания.

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации.

3.6. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.7. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.9. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.10. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИКЛЕЩ»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях. 1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям). 1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами). 1.2. Стационарная помощь: 1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей __ копеек. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей __ копеек. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется путем: - непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы ДМС.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

32. «Антиклещ ОПТИМА»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами.

1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям).

1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;

- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;

- копия Договора (Полиса) страхования;

- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Заболевания клещевыми инфекциями, лечение которых проведено с нарушением медицинских стандартов.

3.6. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации, предусмотренной Договором (Полисом) страхования или не согласованной со Страховщиком.

3.7. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.9. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.10. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.11. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИКЛЕЩ ОПТИМА»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:	
1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:	
1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).	
1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.	
1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).	
1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).	
1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами.	
1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям).	
1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям).	
1.2. Стационарная помощь:	
1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется путем:	
- непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию;	
- возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы ДМС.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

33. «ГЛПС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу.

1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ГЛПС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «ГЛПС»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ГЛПС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию (МО), оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу. 1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

34. «ДМС при ДТП»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специалистов:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- иглорефлексотерапия;

- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- кардиологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургия;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- проктологическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическое.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;

- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, ортопеда);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов);

- шинирование;
- зубопротезирование, включая подготовку к нему;
- восстановление коронки зуба с помощью штифта;
- имплантация зубов.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить Справку установленной формы о дорожно-транспортном происшествии с указанием пострадавших для подтверждения факта наступления страхового события - нарушения здоровья вследствие ДТП. Страховщик вправе запросить дополнительно следующие документы: справка Медицинской организации, направление лечащего врача или справка/выписка с рекомендацией врача о необходимости оказания медицинских услуг, обусловленных нарушением здоровья вследствие ДТП; выписка из амбулаторной карты или истории болезни.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение Застрахованного за Медицинской помощью позднее одного месяца после даты ДТП или окончания курса стационарного/амбулаторного лечения вследствие ДТП.

2.4. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.5. Обращение за Медицинской помощью, не связанной с лечением заболеваний, являющихся следствием ДТП.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «ДМС при ДТП»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию (МО), оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стоматологическая помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

35. «Комплекс «Здоровье»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «НС», «Антиклещ», «ГЛПС», «ДМС при ДТП».

В соответствии с Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» в объем страхового покрытия включаются следующие страховые риски:

- переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга (Программа добровольного медицинского страхования «НС»);
- укусы клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) (Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ»);
- нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) (Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»);
- заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) (Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»).

Программа добровольного медицинского страхования «НС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения **связок** суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «НС»:

- 1.1. консультации врача-травматолога;
- 1.2. рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям);
- 1.3. наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);
- 1.4. снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);
- 1.5. ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям);
- 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить документы, подтверждающие факт получения травмы (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), а также рекомендацию лечащего врача о необходимости ультразвукового исследования или одного из видов томографии, в связи с полученной травмой.

II. Программой добровольного медицинского страхования «НС» предусмотрено возмещение расходов на приобретение синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;

- выписка из медицинской документации (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), подтверждающая факт получения травмы, содержащая: диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, необходимое количество синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации;

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица действующего по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «НС»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинская помощь, не связанная с лечением травм, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную Страховщиком.

3.4. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) для лечения иного лица, чем Застрахованный.

3.5. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в

случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания.

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации.

3.6. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.7. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ».

3.9. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.10. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу.

1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специалистов:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рефлексотерапия;

- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- кардиологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургия;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- проктологическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;

- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическое.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечения.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, ортопеда);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов);

шинирование;

зубопротезирование, включая подготовку к нему;

восстановление коронки зуба с помощью штифта;

имплантация зубов.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить Справку установленной формы о дорожно-транспортном происшествии с указанием пострадавших для подтверждения факта наступления страхового события - нарушения здоровья вследствие ДТП. Страховщик вправе запросить дополнительно следующие документы: справка Медицинской организации, направление лечащего врача или справка/выписка с рекомендацией врача о необходимости оказания медицинских услуг, обусловленных нарушением здоровья вследствие ДТП; выписка из амбулаторной карты или истории болезни.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение Застрахованного за Медицинской помощью позднее одного месяца после даты ДТП или окончания курса стационарного/амбулаторного лечения вследствие ДТП.

2.4. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.5. Обращение за Медицинской помощью, не связанной с лечением заболеваний, являющихся следствием ДТП.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС
«КОМПЛЕКС «ЗДОРОВЬЕ»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье» (далее – Программа ДМС).		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной		
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)		
СТРАХОВЫЕ РИСКИ:	ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:	
Переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга	1.1. Консультации врача-травматолога. 1.2. Рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям). 1.3. Наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.4. Снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.5. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям). 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.	
Нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП)	Амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стоматологическая помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».	
Укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз)	1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях. 1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям). 1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами). 1.2. Стационарная помощь: 1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).	
Заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС)	1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу. 1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.	

36. «Комплекс «Здоровье ОПТИМА»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «НС», «Антиклещ ОПТИМА», «ГЛПС», «ДМС при ДТП».

В соответствии с Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» в объем страхового покрытия включаются следующие страховые риски:

- переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга (Программа добровольного медицинского страхования «НС»);
- укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) (Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»);
- нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) (Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»);
- заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) (Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»).

Программа добровольного медицинского страхования «НС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях переломов конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, а также ушибов и сотрясения головного мозга в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «НС»:

- 1.1. консультации врача-травматолога;
- 1.2. рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям);
- 1.3. наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);
- 1.4. снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс);
- 1.5. ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям);
- 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить документы, подтверждающие факт получения травмы (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), а также рекомендацию лечащего врача о необходимости ультразвукового исследования или одного из видов томографии, в связи с полученной травмой.

II. Программой добровольного медицинского страхования «НС» предусмотрено возмещение расходов на приобретение синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;

- выписка из медицинской документации (справка из травмпункта, выписка из амбулаторной карты или истории болезни), подтверждающая факт получения травмы, содержащая: диагноз заболевания, код диагноза по МКБ-10, необходимое количество синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации;

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица действующего по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «НС»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинская помощь, не связанная с лечением травм, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную Страховщиком.

3.4. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) для лечения иного лица, чем Застрахованный.

3.5. Обращение к Страховщику за получением возмещения стоимости синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса), в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «НС».

3.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случаях укуса клеща, острого инфекционного заболевания, передающегося иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях.

1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям).

1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами).

1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами.

1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям).

1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям).

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

II. Программой добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» предусмотрено возмещение расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА»:

3.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.3. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

3.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными инфекциями.

3.5. Заболевания клещевыми инфекциями, лечение которых проведено с нарушением медицинских стандартов.

3.6. Гнойно-септические осложнения, связанные с удалением клеща вне Медицинской организации, предусмотренной Договором (Полисом) страхования или не согласованной со Страховщиком.

3.7. Заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

3.8. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», связанной с лечением иного лица, чем Застрахованный.

3.9. Обращение к Страховщику за возмещением стоимости полученной Медицинской помощи, указанной в п. 1.1. Раздела I Программы добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА», в случае отсутствия документов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ ОПТИМА».

3.10. Стационарное лечение в случае, если Застрахованному не была проведена или Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики противоклещевым иммуноглобулином или иным аналогичным Лекарственным препаратом и/или курса медикаментозной профилактики (за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, зафиксированных врачом-специалистом в медицинской документации).

3.11. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, при заболевании геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям).

1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу.

1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ГЛПС»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в случае нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП) в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специалистов:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;

- кардиология;
- кардиохирургия;
- колопроктология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечение.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- гнойная хирургия;
- дерматовенерологическое;
- кардиологическое;

- неврологическое;
- нейрохирургия;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- проктологическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- сосудистой хирургии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическое.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- тепловизионные;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- физиотерапевтические методы лечение.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга, ортопеда);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов);

шинирование;

зубопротезирование, включая подготовку к нему;

восстановление коронки зуба с помощью штифта;

имплантация зубов.

Для получения Медицинской помощи необходимо предоставить Справку установленной формы о дорожно-транспортном происшествии с указанием пострадавших для подтверждения факта наступления страхового события - нарушения здоровья вследствие ДТП. Страховщик вправе запросить дополнительно следующие документы: справка Медицинской организации, направление лечащего врача или справка/выписка с рекомендацией врача о необходимости оказания медицинских услуг, обусловленных нарушением здоровья вследствие ДТП; выписка из амбулаторной карты или истории болезни.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.3. Обращение Застрахованного за Медицинской помощью позднее одного месяца после даты ДТП или окончания курса стационарного/амбулаторного лечения вследствие ДТП.

2.4. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.5. Обращение за Медицинской помощью, не связанной с лечением заболеваний, являющихся следствием ДТП.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС

«КОМПЛЕКС «ЗДОРОВЬЕ ОПТИМА»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Комплекс «Здоровье ОПТИМА» (далее – Программа ДМС).		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной		
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)		
СТРАХОВЫЕ РИСКИ:	ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:	
Переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга	1.1. Консультации врача-травматолога. 1.2. Рентгенография суставов и конечностей (по медицинским показаниям). 1.3. Наложение иммобилизирующей повязки (не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы) из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.4. Снятие иммобилизирующей повязки, из синтетического полиуретанового бинта (полимерный гипс). 1.5. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов (по медицинским показаниям). 1.6. КТ или МРТ головы (по медицинским показаниям) – однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования.	
Нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП)	Амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стоматологическая помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования «ДМС при ДТП».	
Укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз)	1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь: 1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.1.2. Мероприятия по удалению клеща в асептических условиях. 1.1.3. Введение противоклещевого иммуноглобулина или иного аналогичного Лекарственного препарата (в течение 96 часов после укуса клеща) (по медицинским показаниям). 1.1.4. Лабораторное исследование клеща с выявлением возбудителей: клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезнь Лайма), клещевых риккетсиозов (гранулоцитарного анаплазмоза, моноцитарного эрлихиоза) (при условии, что клещ не поврежден и не обработан бытовыми средствами). 1.1.5. Антибактериальные препараты, назначенные лечащим врачом в целях экстренной медикаментозной профилактики острых инфекционных заболеваний, передающимися иксодовыми клещами. 1.1.6. Однократное ПЦР-исследование крови (в первые дни заболевания до начала лечения антибактериальными препаратами) (по медицинским показаниям). 1.1.7. Однократное серологическое исследование крови (РНИФ и ИФА) на 7-25 день после укуса клеща (по медицинским показаниям). 1.2. Стационарная помощь: 1.2.1. Лечение в специализированном отделении, с медикаментозным обеспечением сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования (в случае заболевания клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом (болезнь Лайма), клещевыми риккетсиозами: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).	
Заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС)	1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные и инструментальные исследования, включая выявление в крови антител к хантавирусу. 1.3. Лечение с медикаментозным обеспечением в специализированном отделении сверх видов и объемов, входящих в программу обязательного медицинского страхования.	

СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 20__ г.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.
Порядок оплаты: _____.
Страховая выплата осуществляется путем:
- непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию;
- возмещения расходов: понесенных, в связи: с приобретением синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса) по Программе ДМС «НС»; за полученные Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Раздела I Программы ДМС «Антиклещ ОПТИМА».

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.
– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, дедушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

подпись (_____) ФИО

(Должность, фамилия и инициалы)
подпись (_____) ФИО
М.П.

№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «_____» _____ 20__ г.

37. «Антигрипп»

Страховым случаем является обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп»:

1.1. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении следующих групп Лекарственных препаратов:

1.1.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.1.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.1.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.1.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости лекарственных препаратов, в случае если Застрахованному не был установлен диагноз – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

2.2. Обращение за возмещением стоимости лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.3. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.4. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.5. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Антигрипп» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИГРИПП»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется путем возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечень должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

38. «Антигрипп Плюс»

Страховым случаем является:

- обращение Застрахованного за Медицинской помощью, направленной на предупреждение заболевания гриппом в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия;

- обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс»:

1.1. Проведение вакцинации против гриппа (однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования);

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;

- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.

- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, в случае если Застрахованному не был установлен диагноз – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

2.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.3. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.4. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.5. Обращение за проведением вакцинации иного лица, чем Застрахованный.

2.6. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную со Страховщиком.

2.7. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.8. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИГРИПП ПЛЮС»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп Плюс» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: - обращение Застрахованного за Медицинской помощью, направленной на предупреждение заболевания гриппом в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия; - обращение за возмещением понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования в течение срока его действия, в случае установления Застрахованному диагноза – Грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1. Проведение вакцинации против гриппа (однократно в течение срока действия Договора (Полиса) страхования); 2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (вакцинации против гриппа) в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

39. «Антигрипп PRO»

Страховым случаем является обращение:

- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO»:

1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.

- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, в случае если Застрахованному не был установлен диагноз – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

2.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.3. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.4. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.5. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.6. Получение консультации врача с применением телемедицинских технологий в отношении иного лица, чем Застрахованный.

2.7. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИГРИПП PRO»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антигрипп PRO» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение: - за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи). 1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

- что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.
- с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.
- что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;
- что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);
- что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;
- что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

40. «Антивирус»

Страховым случаем является обращение:

- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10);

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антивирус»:

1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.3.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.3.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.3.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.3.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3.5. Антикоагулянты.

1.3.6. Глюкокортикостероиды.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному

представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов.

- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19 (для возмещения расходов, указанных в п. 1.3. Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус»).

- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, не являющегося Страховым случаем.

2.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, но установленного диагноза до вступления договора страхования в силу или с 1-го по 30-й день действия Договора (Полиса) страхования.

2.3. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения гриппа, но установленного диагноза до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

2.4. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.5. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.6. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.7. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.8. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.9. Получение консультации врача с применением телемедицинских технологий в отношении иного лица, чем Застрахованный.

2.10. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Антивирус» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложения № 1, 2 к Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИВИРУС»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ: - за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10); - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи). 1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС. 1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полноправными и неполноправными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИВИРУС»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус» (далее – Программа ДМС).		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты):		СТРАХОВАЯ СУММА:
1.	<input type="checkbox"/> Страхователь	
2.		
3.		
4.		
5.		
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ: - за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10); - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.		
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи). 1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС. 1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.		
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. ОБЩАЯ СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.		

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

41. «Антивирус 2.0.»

Страховым случаем является обращение:

- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10);

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»:

1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, пульмонолога, кардиолога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), следующих групп Лекарственных препаратов:

1.3.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

1.3.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

1.3.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

1.3.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

1.3.5. Антикоагулянты.

1.3.6. Глюкокортикостероиды.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально

подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;
- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19 (для возмещения расходов, указанных в п. 1.3. Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»);
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, назначенных врачом после установления диагноза и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»:

2.1. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, не являющегося Страховым случаем.

2.2. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, но установленного диагноза до вступления договора страхования в силу или с 1-го по 30-й день действия Договора (Полиса) страхования.

2.3. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения гриппа, но установленного диагноза до вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

2.4. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

2.5. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

2.6. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования.

2.7. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.8. Обращение к Страховщику, за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, приобретенных по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.9. Получение консультации врача с применением телемедицинских технологий в отношении иного лица, чем Застрахованный.

2.10. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложения № 1, 2 к Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИВИРУС 2.0.»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ: - за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10); - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, пульмонолога, кардиолога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи). 1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС. 1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется путем: - возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов; - непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «АНТИВИРУС 2.0.»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Антивирус 2.0.» (далее – Программа ДМС).		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты):		СТРАХОВАЯ СУММА:
1.	<input type="checkbox"/> Страхователь	
2.		
3.		
4.		
5.		
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ:		
- за консультацией врача-специалиста с применением телемедицинских технологий в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного при подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию;		
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10);		
- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.		
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:		
1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, пульмонолога, кардиолога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).		
1.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.		
1.3. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением по назначению лечащего врача при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), групп Лекарственных препаратов, перечисленных в Программе ДМС.		
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.		
ОБЩАЯ СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.		
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.		
Порядок оплаты: _____		
Страховая выплата осуществляется путем:		
- возмещения расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов;		
- непосредственной оплаты Медицинской помощи (консультация врача-специалиста, с применением телемедицинских технологий) в Медицинскую организацию.		

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и

42. «Консультант»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Консультант»:

1.1. Консультация врача-специалиста (не более 2-х консультаций в течение срока действия Договора (Полиса) страхования).

1.2. Консультация врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Консультант»:

2.1. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования;

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом);

2.3. Получение консультации врача в отношении иного лица, чем Застрахованный;

2.4. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Консультант» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Консультант» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Консультант»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Консультант»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «КОНСУЛЬТАНТ»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Консультант» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультация врача-специалиста (не более 2-х консультаций в течение срока действия Договора (Полиса) страхования). 1.2. Консультация врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полноправными и неполноправными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

43. «Мобильный доктор»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор»:

1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

II. Исключения из программы добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор»:

2.1. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования;

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования;

2.3. Получение консультации врача в отношении иного лица, чем Застрахованный;

2.4. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____ (_____)
подпись ФИО

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

_____ (_____)
подпись ФИО

М.П.

_____ № и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: « _____ » _____ 20 ____ г.

44. «Мобильный доктор ПЛЮС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС»:

1.1. Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, невролога, отоларинголога, хирурга, травматолога-ортопеда, уролога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

II. Исключения из программы добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС»:

2.1. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования;

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования;

2.3. Получение консультации врача в отношении иного лица, чем Застрахованный;

2.4. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования
«Мобильный доктор ПЛЮС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «МОБИЛЬНЫЙ ДОКТОР ПЛЮС»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ № _____
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Мобильный доктор ПЛЮС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Ной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: Консультации врачей-специалистов: терапевта/педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, невролога, отоларинголога, хирурга, травматолога-ортопеда, уролога, эндокринолога с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, дедушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____ (_____)
подпись ФИО

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

(Должность, фамилия и инициалы)
_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: « ____ » _____ 20 ____ г.

45. «Дежурный врач»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Дежурный врач»:

1.1. Консультации врача-педиатра/врача-детского кардиолога с применением телемедицинских технологий (до 10 консультаций в течение срока страхования).

1.2. Однократная очная консультация врача-педиатра или врача-узкого специалиста педиатрического профиля в течение срока действия договора страхования (по назначению врача, проводившего телеконсультацию).

II. Исключения из программы добровольного медицинского страхования «Дежурный врач»:

2.1. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования;

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования;

2.3. Получение консультации врача в отношении иного лица, чем Застрахованный;

2.4. Вопросы, возникающие в процессе телеконсультации, для решения которых необходимо получение дополнительного обследования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Дежурный врач» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Дежурный врач» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Дежурный врач»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «Дежурный врач»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «ДЕЖУРНЫЙ ВРАЧ»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Дежурный врач» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за консультацией врача-специалиста, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Консультации врача-педиатра/врача-детского кардиолога с применением телемедицинских технологий (до 10 консультаций в течение срока страхования). 1.2. Однократная очная консультация врача-педиатра или врача-узкого специалиста педиатрического профиля в течение срока действия договора страхования (по назначению врача, проводившего телеконсультацию).	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, дедушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

46. «ИНТЕРПОЛИС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).

На страхование принимаются лица от 0 до 70 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС».

1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- неврология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- терапия;
- травматология;
- урология;
- хирургия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

1.2. Экстренная стационарная помощь:

1.2.1. Экстренная госпитализация для консервативного и/или оперативного лечения.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;

- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

Экстренная госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Экстренная госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. При экстренной госпитализации Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 3-4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Страховая сумма по программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» после оплаты уменьшается на сумму Страховой выплаты.

По программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» Страховщиком установлено ограничение по количеству страховых случаев по одному договору страхования в зависимости от срока действия Договора страхования:

- 12 месяцев – 2 страховых случая;
- 6 месяцев – 1 страховой случай;
- 3 месяца – 1 страховой случай;
- 1 месяц – 1 страховой случай.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

6. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС».

7. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение, хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

8. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

9. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

10. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

11. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

12. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

13. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

14. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

15. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

16. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

17. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

18. Обследование и лечение в дневном стационаре, стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

19. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому.

22. Стоматологическое лечение.

23. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС

«ИНТЕРПОЛИС»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты, гражданство)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ № _____
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:	
1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь.	
1.2. Экстренная стационарная помощь.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от « ____ » _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от « ____ » _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

47. «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).

На страхование принимаются лица от 0 до 70 лет включительно.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».

1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией) следующих специальностей:

- гастроэнтерология;
- гинекология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- неврология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- терапия;
- травматология;
- урология;
- хирургия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

1.2. Экстренная стоматологическая помощь:

1.2.1. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: удаление зубов, кроме ретинированных и дистопированных и сверхкомплектных зубов (не более одного зуба при сроке страхования 3, 6, месяцев; не более двух зубов при сроке страхования 1 год), наложение швов, перевязка после удаления зуба, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области.

1.2.2. Анестезиологические мероприятия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия.

1.2.3. Диагностические мероприятия: рентгенография, радиовизиография (прицельные снимки).

1.3. Экстренная стационарная помощь:

1.3.1. Экстренная госпитализация для консервативного и/или оперативного лечения.

1.3.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.3.3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.3.4. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-; магнитолечение.

До 10 сеансов/процедур одного из видов в течение срока действия Договора страхования.

Экстренная госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Экстренная госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. При экстренной госпитализации Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 3-4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.

Страховая сумма по программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» после оплаты уменьшается на сумму Страховой выплаты.

По Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» Страховщиком установлено ограничение по количеству страховых случаев по одному договору страхования в зависимости от срока действия Договора страхования:

- 12 месяцев – 4 страховых случая;
- 6 месяцев – 2 страховых случая;
- 3 месяца – 2 страховых случая;
- 1 месяц – 2 страховых случая.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

6. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС».

7. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклонолтерапия; бальнеолечение, хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

8. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

9. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

10. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

11. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

12. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

13. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

14. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

15. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

16. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

17. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

18. Обследование и лечение в дневном стационаре, стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

19. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому.

22. Стоматологическое лечение (за исключением видов медицинских услуг, указанных в п. 1.2. Программы добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»).

23. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС

«ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты, гражданство)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях состояний, угрожающих жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Экстренная амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Экстренная стоматологическая помощь. 1.3. Экстренная стационарная помощь.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

48. «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС»:

1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям (по медицинским показаниям):

- аллергология-иммунология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- кардиологическая хирургия;
- кардиология;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рентгенология;
- сосудистая хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические (Ig A, Ig G, Ig M, Ig E);
- клинические;
- серологические (диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- цитологические.

3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, если поводом её оказания явились следующие состояния, заболевания и их осложнения: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты;

системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания, беременность.

Страховщиком также не оплачиваются: МРТ, КТ, косметологическое лечение, все виды протезирования, коррекция слуха и зрения; исследования уровня антител к антигенам различного происхождения (аллергологические панели); все виды физиотерапевтического лечения, в том числе массаж, ЛФК, кинезиотерапия, стоматологическое лечение, ортопантомография, прицельные дентальные рентгеновские снимки; лазерная хирургия, введение и извлечение ВМС; удаление полипов в ходе эндоскопических обследований; стационарное лечение; обследование и лечение в дневном стационаре, стационаре дневного пребывания.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС

«ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ:	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ: Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия. Оказание медицинских услуг по данной программе осуществляется на базе _____ (наименование МО). Для получения Медицинской помощи необходимо наличие направления лечащего врача.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям). 3. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям)	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полноправными и неполноправными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

подпись (_____)
ФИО

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

(Должность, фамилия и инициалы)

подпись (_____)
ФИО
М.П.

№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «___» _____ 20 ___ г.

49. «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью и Иными услугами, в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС»:

1. Медицинские услуги:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или манипуляции врачей и иных медицинских работников следующих специальностей (по медицинским показаниям):

- аллергология-иммунология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- кардиологическая хирургия;
- кардиология;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- рентгенология;
- сосудистая хирургия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические (Ig A, Ig G, Ig M, Ig E);
- клинические;
- серологические (диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- цитологические.

1.3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

2. Телемедицинские консультации/консилиумы специалистов, предусмотренных п. 1.1. Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС».

II. Срок действия договора страхования:

Медицинские услуги, указанные в п. 1 – в течение 30 дней со дня вступления договора страхования в силу.

Телемедицинские консультации, указанные в п. 2 – с 31 дня со дня вступления договора в силу и до окончания его действия.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, если поводом её оказания явились следующие состояния, заболевания и их осложнения: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания, беременность.

Страховщиком также не оплачиваются: МРТ, КТ, косметологическое лечение, все виды протезирования, коррекция слуха и зрения; исследования уровня антител к антигенам различного происхождения (аллергологические панели); все виды физиотерапевтического лечения, в том числе массаж, ЛФК, кинезиотерапия, стоматологическое лечение, ортопантомография, прицельные дентальные рентгеновские снимки; лазерная хирургия, введение и извлечение ВМС; удаление полипов в ходе эндоскопических обследований; стационарное лечение; обследование и лечение в дневном стационаре, стационаре дневного пребывания.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС

«ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ № ПП -
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ: _____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
<p>СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ: Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью и Иными услугами, в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия. Оказание медицинских услуг по данной программе осуществляется на базе _____. (наименование МО)</p> <p>Для получения Медицинской помощи необходимо наличие направления лечащего врача.</p>	
<p>ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1. Медицинские услуги: 1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям). 1.3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям). 2. Телемедицинские консультации/консилиумы специалистов, предусмотренных п. 1.1. Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА СЕРВИС ПЛЮС».</p>	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.:	
ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.;	
ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИМИ КОНСУЛЬТАЦИЯМИ с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

подпись (_____) ФИО

(Должность, фамилия и инициалы)

подпись (_____) ФИО
М.П.

№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: « ____ » _____ 20 ____ г.

50. «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью и Иными услугами, в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС»:

1. Медицинские услуги:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или манипуляции врачей и иных медицинских работников следующих специальностей (по медицинским показаниям):

- акушер-гинекология;
- аллергология-иммунология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- колопроктология;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- оториноларингология;
- офтальмология;
- пульмонология;
- радиология;
- ревматология;
- рентгенология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- функциональная диагностика;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- иммунологические;
- исследования, проводимые методом ПЦР;
- клинические;
- радиоиммунные;
- серологические (диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к эндоскопическим исследованиям);
- цитологические.

1.3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям):

- радиологические;
- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

2. Телемедицинские консультации/консилиумы специалистов, предусмотренных п. 1.1. Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС».

II. Срок действия договора страхования:

Медицинские услуги, указанные в п. 1 – в течение 30 дней со дня вступления договора страхования в силу.

Телемедицинские консультации, указанные в п. 2 – с 31 дня со дня вступления договора в силу и до окончания его действия.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, если поводом её оказания явились следующие состояния, заболевания и их осложнения: психические, онкологические заболевания, заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции); туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция; особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания; системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; сахарный диабет I и II типа; наследственные болезни обмена веществ; подагра; псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, невусы, атопический дерматит, чесотка, педикулёз; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания, беременность.

Страховщиком также не оплачиваются: МРТ, КТ, косметологическое лечение, все виды протезирования, коррекция веса, речи, зрения, слуха; исследования уровня антител к антигенам различного происхождения (аллергологические панели); все виды физиотерапевтического лечения, в том числе массаж, ЛФК, кинезиотерапия, стоматологическое лечение, ортопантомография, прицельные дентальные рентгеновские снимки; лазерная хирургия; удаление полипов в ходе эндоскопических обследований; диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; диагностика и лечение сексуальных расстройств; лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.); иммунопрофилактика; медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МЭСК; медицинские услуги с целью подготовки к госпитализации; стационарное лечение; обследование и лечение в дневном стационаре, стационаре дневного пребывания; медицинская помощь специалистов на дому; расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ № ПК -
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ: Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью и Иными услугами, в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия. Оказание медицинских услуг по данной программе осуществляется на базе _____ (наименование МО). Для получения Медицинской помощи необходимо наличие направления лечащего врача.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1. Медицинские услуги: 1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или манипуляции врачей и иных медицинских работников (по медицинским показаниям). 1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям). 1.3. Инструментальные методы обследования (по медицинским показаниям). 2. Телемедицинские консультации/консилиумы специалистов, предусмотренных п. 1.1. Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИКЛИНИКА КОМФОРТ ПЛЮС».	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.:	
ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.;	
ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИМИ КОНСУЛЬТАЦИЯМИ с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, дедушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

51. «ПОЛИС Студенческий»

Страховым случаем является:

- обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении;

- услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология и иммунология;
- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- пульмонология;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

До установления диагноза:

- гематология;
- кардиохирургия;
- онкология;
- ревматология;
- сосудистая хирургия;
- фтизиатрия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические (первичное исследование на кишечные инфекции и дифтерию);
- биохимические;
- гормональные (только гормоны щитовидной железы);
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- классический лечебный массаж (до 5 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);
- мануальная терапия (до 2 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);
- физиотерапевтические методы лечения (до 10 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому с привлечением необходимых специалистов.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Неплановая госпитализация (по экстренным и неотложным показаниям) для консервативного и/или оперативного лечения.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного, либо без явных признаков угрозы жизни Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

1.3.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки, панорамные снимки, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

1.3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования):

- лечение поверхностного, среднего, глубокого кариеса с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов;

- лечение острого или хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на 1/2), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов.

1.3.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:
 - удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных и сверхкомплектных зубов), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

1.3.5. Анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия) не более 2-х видов при лечении.

1.4. Репатриация:

1.4.1. Транспортировка, адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством, либо его тела, в случае смерти Застрахованного, включая бальзамирование, цинковый контейнер, перевозку тела.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»:

3.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

3.1.1. Туберкулез.

3.1.2. Муковисцидоз.

3.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

3.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

3.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

3.1.6. Бронхиальная астма.

3.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

3.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

3.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

3.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

3.1.11. Варикозное расширение вен.

3.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

3.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

3.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулез, паразитарные болезни.

3.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

3.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

3.1.17. Лучевая болезнь.

3.1.18. Профессиональные заболевания.

3.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

3.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

3.1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

3.1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

3.1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

3.4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий».

3.6. Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

3.7. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий».

3.8. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотوماгнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

3.9. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

3.10. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

3.11. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

3.12. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.).

3.13. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

3.14. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

3.15. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, осложнения, связанные с прерыванием беременности, а также осложнения, связанные с ними.

3.16. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

3.17. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

3.18. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

3.19. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

3.20. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

3.21. Санаторно-курортное лечение.

3.22. Предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.

3.23. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

3.24. Расходы по подготовке тела в соответствии с религиозными обычаями, сопровождению гроба с телом во время перевозки, организации похорон, траурной церемонии, кремированию, погребению, установки надгробных сооружений.

3.25. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- лечение с использованием пломб или вкладки МОД;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2 пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»;
- предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Приложение № 1
Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС СТУДЕНЧЕСКИЙ

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты, гражданство)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: - обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении; - услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Стационарная помощь. 1.3. Стоматологическая помощь. 1.4. Репатриация.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.
– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, дедушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____ (_____)
подпись ФИО

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

(Должность, фамилия и инициалы)
_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: « ____ » _____ 20 ____ г.

52. «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»

Страховым случаем является:

- обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении;

- обращение Застрахованного в Медицинскую организацию за Медицинскими услугами, связанными с медицинским осмотром Застрахованного;

- услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология и иммунология;
- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- пульмонология;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

До установления диагноза:

- гематология;
- кардиохирургия;
- онкология;
- ревматология;
- сосудистая хирургия;
- фтизиатрия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические (первичное исследование на кишечные инфекции и дифтерию);
- биохимические;
- гормональные (только гормоны щитовидной железы);
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- классический лечебный массаж (до 5 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);
- мануальная терапия (до 2 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком);
- физиотерапевтические методы лечения (до 10 сеансов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому с привлечением необходимых специалистов.

1.2. Стационарная помощь:

1.2.1. Неплановая госпитализация (по экстренным и неотложным показаниям) для консервативного и/или оперативного лечения.

1.2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- бактериологические;
- биохимические;
- клинические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям).

1.2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- рентгенологические;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного, либо без явных признаков угрозы жизни Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную городскую больницу, с использованием услуг городской станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован.

1.3. Стоматологическая помощь:

1.3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

1.3.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки, панорамные снимки, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком).

1.3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования):

- лечение поверхностного, среднего, глубокого кариеса с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов;
- лечение острого или хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем

на ½), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов с применением материалов световой полимеризации - 12 фронтальных зубов; с применением материалов химической полимеризации – остальных зубов.

1.3.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных и сверхкомплектных зубов), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

1.3.5. Анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия) не более 2-х видов при лечении.

1.4. Проведение медицинских осмотров (не более 2-х медицинских осмотров в течение срока действия Договора страхования):

1.4.1. Приемы врачей-специалистов, лабораторные и инструментальные исследования.

1.5. Репатриация:

1.5.1. Транспортировка, адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством, либо его тела, в случае смерти Застрахованного, включая бальзамирование, цинковый контейнер, перевозку тела.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»:

3.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

3.1.1. Туберкулез.

3.1.2. Муковисцидоз.

3.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

3.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

3.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

3.1.6. Бронхиальная астма.

3.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

3.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

3.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

3.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

3.1.11. Варикозное расширение вен.

3.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

3.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

3.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулез, паразитарные болезни.

3.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

3.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

3.1.17. Лучевая болезнь.

3.1.18. Профессиональные заболевания.

3.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

3.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

3.1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

3.1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

3.1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (Полисом).

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).

3.4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС».

3.6. Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

3.7. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС».

3.8. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия; бальнеолечение хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

3.9. Экстракорпоральные методы лечения, (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

3.10. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.

3.11. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

3.12. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.).

3.13. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

3.14. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

3.15. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной

беременности), патология беременности, преждевременные роды, осложнения, связанные с прерыванием беременности, а также осложнения, связанные с ними.

3.16. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

3.17. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

3.18. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

3.19. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; плановая стационарная помощь.

3.20. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

3.21. Санаторно-курортное лечение.

3.22. Предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.

3.23. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

3.24. Расходы по подготовке тела в соответствии с религиозными обычаями, сопровождению гроба с телом во время перевозки, организации похорон, траурной церемонии, кремированию, погребению, установки надгробных сооружений.

3.25. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- лечение с использованием пломб или вкладки МОД;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на $\frac{1}{2}$ пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»;
- предоставление снимков, запись снимков на диски и т.п.;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС СТУДЕНЧЕСКИЙ ПЛЮС

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон, адрес электронной почты, гражданство)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: - обращение Застрахованного за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и/или стационарную и/или стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении; - обращение Застрахованного в Медицинскую организацию за Медицинскими услугами, связанными с медицинским осмотром Застрахованного; - услуги, связанные с репатриацией Застрахованного.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: 1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Стационарная помощь. 1.3. Стоматологическая помощь. 1.4. Медицинский осмотр. 1.5. Репатриация.	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

53. «ОНКОСТОП»

Страховым случаем является обращение Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования:

- злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ);

- новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).

На страхования принимаются лица в возрасте до 60 лет включительно на дату заключения Договора (Полиса) страхования, у которых в анамнезе отсутствуют случаи онкологических заболеваний.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (в т.ч. связанная с догоспитальной подготовкой):

1.1.1. Приемы, консультации врачей (в т.ч. процедуры и манипуляции) по следующим профилям:

- анестезиология и реаниматология;
- восстановительная медицина;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- генетика;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- колопроктология;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пластическая хирургия;
- пульмонология;
- радиология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- трансфузиология;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- биохимические;

- гистологические;
- иммунологические;
- микробиологические;
- общеклинические;
- серологические;
- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые (в том числе компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, радиоизотопные исследования);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- традиционные методы лечения;
- физиотерапевтические методы лечения.

1.1.5. Диспансерное наблюдение Застрахованного, после лечения организованного Страховщиком.

1.2. Стационарная помощь (в том числе дневной стационар):

1.2.1. Консервативные (в том числе химиотерапия, лучевая терапия) и/или оперативные методы лечения (в том числе трансплантация костного мозга (при лечении лимфомы или лейкоза), реконструктивно-пластические операции после удаления молочной железы (мастэктомии), организованной Страховщиком).

1.2.2. Приемы и консультации врачей (в т.ч. процедуры и манипуляции) по следующим профилям:

- анестезиология и реаниматология;
- восстановительная медицина;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- генетика;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- колопроктология;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- пластическая хирургия;
- радиология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- трансфузиология;

- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2.3. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- общеклинические;
- биохимические;
- микробиологические;
- иммунологические;
- серологические;
- цитологические;
- гистологические.

1.2.4. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные исследования;
- функциональные;
- эндоскопические.

1.2.5. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура.

II. Дополнительные опции:

2.1. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост (если данная услуга предоставляется Медицинской организацией, в которой Застрахованному было оказано оперативное лечение).

2.2. «Второе мнение» - повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного, по результатам оценки медицинской документации, на основании которой был установлен первичный диагноз.

2.3. Медико-транспортные услуги – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в Медицинскую организацию и/или из Медицинской организации до места постоянного проживания Застрахованного (в сопровождении медицинского персонала - при наличии медицинских показаний).

2.4. Паллиативная помощь в условиях хосписа.

2.5. Репатриация тела Застрахованного, предоставляется в случае, если смерть наступила в период получения Застрахованным медицинской помощи, организованной Страховщиком. Репатриация включает бальзамирование, цинковый контейнер, перевозку тела.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП»:

3.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования или не согласованную Страховщиком.

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

3.4. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, не являющихся Страховым случаем.

3.5. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, являющихся Страховым случаем, но установленным до вступления договора страхования в силу и до начала периода страхования.

3.6. Обращение за Медицинской помощью, не предусмотренной настоящей Программой страхования.

3.7. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения хронического лимфоцитарного лейкоза.

3.8. Лечение, являющееся экспериментальным или исследовательским.

3.9. Расходы по подготовке тела в соответствии с религиозными обычаями, сопровождению гроба с телом во время перевозки, организации похорон, траурной церемонии, кремированию, погребению, установки надгробных сооружений.

IV. Условия предоставления услуг:

4.1. При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» без предварительного медицинского обследования устанавливается Выжидательный период - 180 дней. Период страхования начинается через 180 дней с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» с проведением предварительного медицинского обследования период страхования начинается с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

Объем медицинского обследования и Медицинская организация, в которой осуществляется обследование Застрахованного определяется Страховщиком.

4.2. Территория оказания медицинской помощи – Российская Федерация.

Услуга «Второе мнение» может быть организована по усмотрению Страховщика с участием практикующих врачей-специалистов зарубежных Медицинских организаций.

4.3. Страховщик оставляет за собой право в выборе Медицинской организации в каждом конкретном случае при организации лечения.

4.4. При наступлении Страхового случая Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, направляют любым доступным способом (по электронной почте, по факсу, почтовым отправлением) Страховщику письменное извещение об установлении Застрахованному первичного диагноза, являющегося Страховым случаем с указанием:

- ФИО (полностью) Застрахованного;
- диагноза заболевания;
- наименования Медицинской организации, в которой установлен диагноз;
- даты установления диагноза.

К письменному извещению Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, в обязательном порядке прилагают:

- при злокачественных новообразованиях: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У0 или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»,

- при новообразованиях головного мозга – выписку из медицинской документации Застрахованного, содержащую информацию о диагнозе заболевания по МКБ-10 и указанием даты установления диагноза;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

4.5. Для организации Медицинской помощи Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, предоставляет Страховщику следующие документы:

- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;

- согласие на обработку персональных данных Застрахованного;
- выписку из медицинской документации, подписанную лечащим врачом, заверенную его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащую: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения;
- направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи), с обоснованием необходимости оказания стационарной помощи.

Страховщик оставляет за собой право, при необходимости, запрашивать другую медицинскую документацию Застрахованного, в том числе сведения о ранее проводившихся обследованиях, диспансеризациях, госпитализациях, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла/блоки) и др;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

4.6. После получения всей необходимой медицинской документации организация медицинской помощи осуществляется в течение:

14-ти рабочих дней – получения услуги «Второе мнение». В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача заключения Застрахованному лицу может занять до 30-ти рабочих дней с момента, после получения всей необходимой информации;

от 5-ти до 30-ти рабочих дней – амбулаторно-поликлиническая помощь;

от 5-ти до 30-ти рабочих дней – стационарная помощь.

4.7. Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

4.8. Программой страхования предусмотрены лимиты ответственности:

- по диагнозу Ca In Situ –
- стоимость имплантов –
- индивидуальный медицинский пост –
- паллиативная помощь в условиях хосписа –

Программой добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Приложение № 1
Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «ОНКОСТОП»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «ОНКОСТОП»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной _____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования: - злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ); - новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).	
I. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: I.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь. I.2. Стационарная помощь. II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЦИИ: _____ _____ _____	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. Страховая выплата осуществляется в виде: - оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - оплаты услуг, связанных с репатриацией тела Застрахованного, в Иную организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

54. «ОНКОСТОП Ъ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью либо обращение к Страховщику для возмещения понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь, в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования:

- злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ);

- новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).

На страхования принимаются лица в возрасте до 60 лет включительно на дату заключения Договора (Полиса) страхования, у которых в анамнезе отсутствуют случаи онкологических заболеваний.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП Ъ».

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (в т.ч. связанная с догоспитальной подготовкой):

1.1.1. Приемы, консультации врачей (в т.ч. процедуры и манипуляции) по следующим профилям:

- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- кардиология;
- колопроктология;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- онкология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- радиология;
- терапия;
- торакальная хирургия;
- травматология и ортопедия;
- трансфузиология;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- биохимические;
- гистологические;
- иммунологические;
- микробиологические;
- общеклинические;

- серологические;
- цитологические.

1.1.3. Инструментальные методы исследования (по медицинским показаниям):

- лучевые (в том числе компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, радиоизотопные исследования);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

II. Условия предоставления услуг:

2.1. При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» без предварительного медицинского обследования устанавливается Выжидательный период - 180 дней. Период страхования начинается через 180 дней с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

При заключении Договора страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» с проведением предварительного медицинского обследования период страхования начинается с даты заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

Объем медицинского обследования и Медицинская организация, в которой осуществляется обследование Застрахованного определяется Страховщиком.

2.2. Территория оказания медицинской помощи – Российская Федерация.

Услуга «Второе мнение» может быть организована по усмотрению Страховщика с участием практикующих врачей-специалистов зарубежных Медицинских организаций.

2.3. Страховщик оставляет за собой право в выборе Медицинской организации в каждом конкретном случае при организации лечения.

2.4. При наступлении Страхового случая Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, направляют любым доступным способом (по электронной почте, по факсу, почтовым отправлением) Страховщику письменное извещение об установлении Застрахованному первичного диагноза, являющегося Страховым случаем с указанием:

- ФИО (полностью) Застрахованного;
- диагноза заболевания;
- наименования Медицинской организации, в которой установлен диагноз;
- даты установления диагноза.

К письменному извещению Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, в обязательном порядке прилагают:

- при злокачественных новообразованиях: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У0 или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»,

- при новообразованиях головного мозга – выписку из медицинской документации Застрахованного, содержащую информацию о диагнозе заболевания по МКБ-10 и указанием даты установления диагноза;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

2.5. Для организации Медицинской помощи Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности, предоставляет Страховщику следующие документы:

- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- согласие на обработку персональных данных Застрахованного;

- выписку из медицинской документации, подписанную лечащим врачом, заверенную его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащую: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения;

- направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи), с обоснованием необходимости оказания стационарной помощи.

Страховщик оставляет за собой право, при необходимости, запрашивать другую медицинскую документацию Застрахованного, в том числе сведения о ранее проводившихся обследованиях, диспансеризациях, госпитализациях, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла/блоки) и др;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

2.6. После получения всей необходимой медицинской документации организация медицинской помощи осуществляется в течение:

14-ти рабочих дней – получения услуги «Второе мнение». В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача заключения Застрахованному лицу может занять до 30-ти рабочих дней с момента, после получения всей необходимой информации;

от 5-ти до 30-ти рабочих дней – амбулаторно-поликлиническая помощь.

2.7. Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;

- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;

- копия Договора (Полиса) страхования;

- «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У0 или выписку из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»;

- выписку из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания;

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в Разделе I Программы добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- реестр оказанных Медицинских услуг, с указанием их количества и стоимости;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

2.8. Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I»:

3.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом или не согласованные со Страховщиком.

3.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования или не согласованную Страховщиком.

3.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

3.4. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, не являющихся Страховым случаем.

3.5. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболеваний, являющихся Страховым случаем, но установленным до вступления договора страхования в силу и до начала периода страхования.

3.6. Обращение за Медицинской помощью, не предусмотренной настоящей Программой страхования.

3.7. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения хронического лимфоцитарного лейкоза.

3.8. Лечение, являющееся экспериментальным или исследовательским.

3.9. Стационарное лечение.

Программой добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Приложение № 1
Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «ОНКОСТОП I»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «ОНКОСТОП I»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП I» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной _____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования за Медицинской помощью либо обращение к Страховщику для возмещения понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь, в случае впервые установленного в течение срока действия Договора страхования и в период страхования: - злокачественного новообразования, относящегося к С00-С97 по МКБ-10 (за исключением С44-эпителиальных опухолей кожи, С91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ); - новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).	
I. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: I.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____ ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. Страховая выплата осуществляется в виде: - оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в Разделе I Программы ДМС.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

55. «Полис Путешественника»

Страховым случаем является обращение:

- для возмещения понесенных расходов в связи с оказанием Застрахованному неотложной Медицинской помощи в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в случае нарушения здоровья возникшего в период его нахождения на территории Российской Федерации за пределами места постоянного проживания (субъекта РФ);

- для возмещения понесенных расходов в связи с приобретением Лекарственных препаратов, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2 в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации за пределами территории постоянного проживания (субъекта РФ).

На страхование принимаются лица до 65 лет включительно.

Договор страхования по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» вступает в силу с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем уплаты Страховой премии.

I. Объем неотложной Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»:

1.1. Неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:

1.1.1. Оказание Медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи.

1.2. Неплановая стационарная помощь (при наличии показаний):

1.2.1. Консервативное и/или оперативное лечение (сроком до 10 койко-дней) в соответствии со стандартами оказания специализированной медицинской помощи.

1.3. Неотложная стоматологическая помощь:

1.3.1. Приемы, консультации врачей-стоматологов (терапевта, хирурга);

1.3.2. Рентгенологические исследования;

1.3.3. Анестезия (инфильтрационная, проводниковая);

1.3.4. Удаление зубов простое и сложное (за исключением ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления,

1.3.5. Вскрытие абсцессов, дренирование, разрезы при периоститах, операция иссечения «капюшона».

1.3.6. Шинирование зубов;

1.3.7. Оказание первой медицинской помощи при пульпите/периодонтите:

- наложение девитализирующей пасты;

- обеспечение оттока экссудата из периапикальной области.

1.4. Порядок предоставления неотложной Медицинской помощи.

1.4.1. В случае нарушения здоровья, требующего оказания неотложной медицинской помощи, Застрахованному необходимо самостоятельно обратиться в Медицинскую организацию для получения Медицинской помощи.

Неотложная медицинская помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного.

1.4.2. В течение 2-3 дней после обращения за Медицинской помощью, Застрахованный либо его законный представитель, либо лицо, действующее по доверенности должны известить Страховщика о наступлении Страхового случая и сообщить в какую Медицинскую организацию обратился.

1.4.3. Оплата Медицинской помощи осуществляется Застрахованным либо его законным представителем, либо лицом, действующим по доверенности самостоятельно.

1.4.4. Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному

представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику документы, перечисленные в п. 3.1. Раздела III Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

II. Объем Медицинской помощи в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»:

2.1. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом медицинской организации находящейся за пределами места постоянного проживания (субъекта РФ) Застрахованного при амбулаторно-поликлиническом лечении:

2.1.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

2.1.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

2.1.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

2.1.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

2.1.5. Антикоагулянты.

2.1.6. Глюкокортикостероиды.

2.2. Порядок предоставления возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов:

2.2.1. В случае установления диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) Застрахованный либо его представитель должен известить Страховщика в течение 2-3 дней, после установления диагноза.

2.2.2. Оплата Лекарственных препаратов осуществляется Застрахованным либо его представителем самостоятельно.

2.2.3. Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов, понесенных Застрахованным либо его представителем.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику документы, перечисленные в п. 3.2. Раздела III Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

III. Перечень документов необходимых для Выплаты страхового возмещения:

3.1. Возмещение затрат за оказанную неотложную Медицинскую помощь:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания;

- платежные документы, удостоверяющие факт оплаты полученной Медицинской помощи, указанной в Разделе I Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- реестр оказанных Медицинских услуг, с указанием их количества и стоимости;

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

3.2. Возмещение затрат за Лекарственные препараты:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
 - копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
 - копия Договора (Полиса) страхования;
 - выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;

- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19;

- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, перечисленных в п. 2.1. Раздела II Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);

- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

IV. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»:

4.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

4.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

4.3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

4.4. Обращение за Медицинской помощью в Медицинскую организацию на территории места постоянного проживания (субъекта РФ).

4.5. Обращение за плановой или экстренной Медицинской помощью.

4.6. Пребывание в одноместной палате при нахождении на стационарном лечении.

4.7. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, не являющегося Страховым случаем.

4.8. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения заболевания, являющегося Страховым случаем, но установленного до вступления Договора (Полиса) в силу.

4.9. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

4.10. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

4.11. Обращение за возмещением, в случае отсутствия документов, перечисленных в Разделе III Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника».

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Приложение № 1

Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «Полис Путешественника»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «Полис Путешественника»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Полис Путешественника» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
_____ (ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение: - для возмещения понесенных расходов в связи с оказанием Застрахованному неотложной Медицинской помощи в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в случае нарушения здоровья возникшего в период его нахождения на территории Российской Федерации за пределами места постоянного проживания (субъекта РФ); - для возмещения понесенных расходов в связи с приобретением Лекарственных препаратов, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2 в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации за пределами территории постоянного проживания (субъекта РФ).	
ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ: I. Неотложная медицинская помощь. 1.1. Неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь. 1.2. Неплановая стационарная помощь. 1.3. Неотложная стоматологическая помощь. II. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении.	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей. Порядок оплаты: _____	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. Страховая выплата осуществляется путем возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в Разделе I, II Программы ДМС.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

подпись (_____) ФИО

(Должность, фамилия и инициалы)

подпись (_____) ФИО
М.П.

№ и дата доверенности

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: « ____ » _____ 20 ____ г.

56. «ШИФА»

Страховым случаем является обращение Застрахованного, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «ШИФА»:

1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).

1.2. Однократное проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) (одно из нижеперечисленных исследований в течение срока действия Договора (Полиса) страхования):

- МРТ головного мозга обзорная;
- МРТ шейного отдела позвоночника;
- МРТ грудного отдела позвоночника;
- МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- МРТ пояснично-крестцово-копчикового отдела позвоночника.

II. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «ШИФА»:

2.1. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

2.2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не согласованную Страховщиком.

2.3. Обращение Застрахованного за Медицинскими услугами, не перечисленными в Программе добровольного медицинского страхования.

2.4. Получение консультации врача с применением телемедицинских технологий в отношении иного лица, чем Застрахованный.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «ШИФА» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «ШИФА» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «ШИФА»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Приложение № 1
Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «ШИФА»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «ШИФА»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «ШИФА» (далее – Программа ДМС).	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной	
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)	
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение Застрахованного, в случае ухудшения состояния здоровья в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия.	
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:	
1.1. Консультации врача-терапевта/педиатра с применением телемедицинских технологий (по предварительной записи).	
1.2. Однократное проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) (одно исследование, из перечисленных в программе ДМС, в течение срока действия Договора (Полиса) страхования).	
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.	
Порядок оплаты: _____	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.	
Страховая выплата осуществляется в виде непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию.	

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

57. «Защита медицинского персонала»

Страховым случаем является обращение:

- за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторную, стационарную и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случае впервые установленного заболевания из числа предусмотренных Договором страхования, связанного с профессиональной деятельностью Застрахованного;

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по страховым рискам, связанным с воздействием биологических факторов - инфекционные заболевания: туберкулез, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция (до установления диагноза):

1.1. Приемы и консультации врачей-специалистов (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией).

1.2. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для консервативного и/или оперативного лечения в трех-, четырехместных палатах.

II. Объем предоставляемой Медицинской помощи по страховым рискам, связанным с воздействием химических факторов (контактный дерматит, вызванный воздействием дезинфицирующих и антибактериальных средств, латекса; бронхиальная астма):

2.1. Приемы и консультации врачей-специалистов (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией).

2.2. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для консервативного и/или оперативного лечения в трех-, четырехместных палатах.

2.3. Диагностические лабораторные исследования.

2.4. Инструментальные методы лечения и обследования.

III. Объем предоставляемой Медицинской помощи по страховым рискам, связанным с травмами, полученными на рабочем месте (производственные травмы): переломы конечностей, костей черепа, позвоночника; повреждения суставов; ушибы и сотрясения головного мозга; челюстно-лицевые травмы; острая травма зуба (вывих, перелом):

3.1. Приемы и консультации врачей-специалистов (в т.ч. процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией).

3.2. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для консервативного и/или оперативного лечения в трех-, четырехместных палатах.

3.3. Диагностические лабораторные исследования.

3.4. Инструментальные методы лечения и обследования.

3.5. Восстановительное лечение в амбулаторных условиях: физиотерапевтическое лечение; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура; иглорефлексотерапия.

3.6. Стоматологическое лечение.

IV. Объем предоставляемой Медицинской помощи по страховым рискам, связанным с воздействием биологических факторов - инфекционные заболевания: коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19; вирусная пневмония.

4.1. Однократное исследование мазка из носо- и ротоглотки методом ОТ-ПЦР к вирусу COVID-19 в течение 25-ти дней с даты начала периода страхования.

4.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная

вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования:

4.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

4.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

4.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

4.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

4.2.5. Антикоагулянты.

4.2.6. Глюкокортикостероиды.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;
- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19;
- результат компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) или обзорной рентгенографии органов грудной клетки (РГ ОГК), с признаками пневмонии;
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, перечисленных в п.4.2. Раздела IV Программы добровольного медицинского страхования «Защита медицинского персонала» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

V. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Защита медицинского персонала»:

5.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

5.2. Медицинские услуги, не перечисленные в Программе добровольного медицинского страхования «Защита медицинского персонала».

5.3. Обращение за Медицинской помощью, не связанной с лечением заболеваний из числа предусмотренных Договором страхования.

5.4. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения заболевания из числа предусмотренных Договором страхования, установленного впервые до заключения Договора страхования или не связанного с профессиональной деятельностью Застрахованного.

5.5. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 в условиях стационара.

5.6. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, но установленной до вступления договора страхования в силу или с 1-го по 30-й день действия Договора (Полиса) страхования.

5.7. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

5.8. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

5.9. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе IV Программы добровольного медицинского страхования.

5.10. Обращение в Медицинскую организацию по поводу проведения в течение 25-ти дней с даты начала периода страхования лабораторной диагностики на выявление коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 следующей категории Застрахованных лиц:

- с подтвержденным диагнозом - коронавирусная инфекция, вызванной вирусом COVID-19;

- контактировавших в течение последних 14-ти дней с лицами, зараженными коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19;

- находящихся на режиме карантина в связи с коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19;

- посещавших территории, где зарегистрированы случаи коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 или контактировавших с вышеуказанными лицами в течение последних 14-ти дней;

- прибывших из стран, неблагополучных по коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 или контактировавших с вышеуказанными лицами в течение последних 14-ти дней.

5.11. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по поводу проведения лабораторной диагностики на выявление коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 по истечении срока, указанного в Программе добровольного медицинского страхования.

5.12. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования.

5.13. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования.

5.14. Реабилитационно-восстановительное лечение в условиях стационара.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Защита медицинского персонала» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Защита медицинского персонала» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Защита медицинского персонала»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного
медицинского страхования «Защита медицинского персонала»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «Защита медицинского персонала»

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Защита медицинского персонала» (далее – Программа ДМС).		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной		
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)		
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение: - за Медицинской помощью в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторную, стационарную и стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования в течение срока его действия, в случае впервые установленного заболевания из числа предусмотренных Договором страхования, связанного с профессиональной деятельностью Застрахованного; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.		
СТРАХОВЫЕ РИСКИ:		ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
I	воздействие биологических факторов - инфекционные заболевания: туберкулез, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция (до установления диагноза)	1.1. Приемы и консультации врачей-специалистов. 1.2. Экстренная и плановая госпитализация.
II	воздействие химических факторов: контактный дерматит, вызванный воздействием дезинфицирующих и антибактериальных средств, латекса; бронхиальная астма	2.1. Приемы и консультации врачей-специалистов. 2.2. Экстренная и плановая госпитализация. 2.3. Диагностические лабораторные исследования. 2.4. Инструментальные методы лечения и обследования.
III	травмы, полученные на рабочем месте (производственные травмы): переломы конечностей, костей черепа, позвоночника; повреждения суставов; ушибы и сотрясения головного мозга; челюстно-лицевые травмы; острая травма зуба (ушиб, вывих, перелом)	3.1. Приемы и консультации врачей-специалистов. 3.2. Экстренная и плановая госпитализация. 3.3. Диагностические лабораторные исследования. 3.4. Инструментальные методы лечения и исследования. 3.5. Восстановительное лечение в амбулаторных условиях. 3.6. Стоматологическое лечение.
IV	воздействие биологических факторов - инфекционные заболевания: коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19; вирусная пневмония	4.1. Однократное исследование мазка из носо- и ротоглотки методом ОТ-ПЦР к вирусу COVID-19 в течение 25-ти дней с даты начала периода страхования. 4.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.		
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.		
Порядок оплаты: _____		
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.		
Страховая выплата осуществляется путем: - непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п 4.2. Раздела IV Программы ДМС.		

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г.,

Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и

условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «___» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____ (_____)
подпись ФИО

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)
подпись ФИО
М.П.

№ и дата доверенности

58. «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения»

Страховым случаем является обращение:

- за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия;

- для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи:

1.1. Амбулаторно- поликлиническая помощь:

1.1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология-иммунология;
- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- колопроктология;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- онкология (до установления диагноза);
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- ревматология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.1.3. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;

- клинические;
- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со Страховщиком;
- микробиологические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);
- цитологические.

1.1.4. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия (УВТ) (не более 5-ти процедур в течение срока действия Договора страхования);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком однократно в течение срока действия Договора страхования.

1.1.5. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;
- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

До 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.1.6. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

До 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.1.7. Медицинская помощь на дому, Застрахованным которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме:

-выезд врача-терапевта на дом, на место работы и оказание необходимой Медицинской помощи в пределах административной границы города (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

1.1.8. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (за исключением льготных лекарственных препаратов).

1.1.9. Вакцинация против гриппа по эпидемическим показаниям.

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

1.2. Стоматологическая помощь:

1.2.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

1.2.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки).

1.2.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования):

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химио- и светоотверждаемых пломбировочных материалов;
- лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на ½), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

1.2.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных), наложение швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

1.2.5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфльтрационная, проводниковая анестезия.

II. Объем предоставляемой Медицинской помощи в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9):

2.1. Однократное исследование мазка из носо- и ротоглотки методом ОТ-ПЦР к вирусу COVID-19 в течение 25-ти дней с даты начала периода страхования.

2.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования:

2.2.1. Этиотропные препараты:

- противовирусные препараты;
- интерфероны и другие иммуностимуляторы.

2.2.2. Симптоматические препараты:

- противовоспалительные и жаропонижающие препараты;
- препараты для дезинтоксикационной терапии;
- отхаркивающие препараты;
- противокашлевые препараты.

2.2.3. Препараты комплексного действия (этиотропного и симптоматического действия).

2.2.4. Антибактериальные препараты (при развитии бактериальных осложнений).

2.2.5. Антикоагулянты.

2.2.6. Глюкокортикостероиды.

Страховщик осуществляет Выплату страхового возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованному/Страхователю либо его законному представителю, либо лицу, действующему по доверенности.

Для получения Выплаты страхового возмещения необходимо предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на возмещение понесенных расходов;
- копия паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копия Договора (Полиса) страхования;
- выписка из медицинской документации, подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации, содержащая: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных Лекарственных препаратов;

- результат лабораторного исследования, подтверждающий положительный результат на коронавирусную инфекцию, вызванную вирусом COVID-19;
- результат компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) или обзорной рентгенографии органов грудной клетки (РГ ОГК), с признаками пневмонии;
- платежные документы, подтверждающие факт оплаты Лекарственных препаратов, перечисленных в п. 2.2. Раздела II Программы добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения» и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- в случае обращения законного представителя либо лица по доверенности необходимо предоставить документ, подтверждающий его правомочия.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения»:

3.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

3.1.1. Туберкулез.

3.1.2. Муковисцидоз.

3.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

3.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

3.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

3.1.6. Бронхиальная астма.

3.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

3.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

3.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

3.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз).

3.1.11. Варикозное расширение вен.

3.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

3.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

3.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

3.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

3.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

3.1.17. Лучевая болезнь.

3.1.18. Профессиональные заболевания.

3.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

3.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

3.1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

3.2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения».

3.4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения».

3.5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклонолтерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

3.6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

3.7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

3.8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

3.9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию за исключение случаев, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения».

3.10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

3.11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

3.12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

3.13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

3.14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

3.15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

3.16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

3.17. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; Стационарное лечение.

3.18. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к госпитализации.

3.19. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;
- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;

- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

3.20. Санаторно-курортное лечение.

3.21. Медицинская помощь специалистов на дому, кроме случаев, указанных выше.

3.22. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корректирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

3.23. Обращение за Медицинской помощью, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 в условиях стационара.

3.24. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, по поводу лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, но установленной до вступления договора страхования в силу или с 1-го по 30-й день действия Договора (Полиса) страхования.

3.25. Обращение за возмещением стоимости Лекарственных препаратов, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования.

3.26. Обращение за получением возмещения стоимости Лекарственных препаратов для лечения иного лица, чем Застрахованный.

3.27. Обращение к Страховщику, в случае отсутствия документов, необходимых для возмещения стоимости лекарственных препаратов, перечисленных в разделе IV Программы добровольного медицинского страхования.

3.28. Обращение в Медицинскую организацию по поводу проведения в течение 25-ти дней с даты начала периода страхования лабораторной диагностики на выявление коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 следующей категории Застрахованных лиц:

- с подтвержденным диагнозом - коронавирусная инфекция, вызванной вирусом COVID-19;
- контактировавших в течение последних 14-ти дней с лицами, зараженными коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19;
- находящихся на режиме карантина в связи с коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом COVID-19;
- посещавших территории, где зарегистрированы случаи коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 или контактировавших с вышеуказанными лицами в течение последних 14-ти дней;
- прибывших из стран, неблагополучных по коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 или контактировавших с вышеуказанными лицами в течение последних 14-ти дней.

3.29. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию по поводу проведения лабораторной диагностики на выявление коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 по истечении срока, указанного в Программе добровольного медицинского страхования.

Страховая сумма по Программе добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения» уменьшается на сумму произведенных Страховых выплат.

Программой добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения» предусмотрены два варианта заключения Договора страхования:

1. Страхователь - физическое лицо: Договор страхования заключается в упрощенной форме - в форме Полиса (Приложение № 1 к Программе добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения»);

2. Страхователь - юридическое лицо: Договор страхования заключается по форме Приложения № 6 к настоящим Правилам. Форма Полиса для Застрахованных - Приложение № 4 к настоящим Правилам или в форме индивидуальной пластиковой карточки.

Форма Полиса к Программе добровольного медицинского страхования
«Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения»

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ПОЛИС «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ДМСГ №
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования от _____ (далее – Правила страхования) и Программы добровольного медицинского страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения» (далее – Программа ДМС).		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ <input type="checkbox"/> Страхователь <input type="checkbox"/> Иной		
(ФИО, дата рождения, паспортные данные/данные свидетельства о рождении, адрес, телефон, адрес электронной почты)		
СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ является обращение: - за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия; - для возмещения понесенных расходов за приобретенные Лекарственные препараты, из числа предусмотренных Договором (Полисом) страхования, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.		
СТРАХОВЫЕ РИСКИ:		ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:
I	острые заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоги, отморожении), отравлении	1.1.1. Приемы и консультации врачей-специалистов. 1.1.2. Телеконсультации врачей-специалистов. 1.1.3. Лабораторные исследования. 1.1.4. Инструментальные методы лечения и обследования. 1.1.5. Физиотерапевтическое лечение. 1.1.6. Методы восстановительного лечения. 1.1.7. Медицинская помощь на дому. 1.1.8. Экспертиза временной нетрудоспособности 1.1.9. Вакцинация против гриппа.
	кариес, пульпит, периодонтит (в стадии обострения); удаление зубов, вскрытие абсцесса и т.п.	1.2.1. Консультации врачей-специалистов. 1.2.2. Диагностические мероприятия. 1.2.3. Лечебные терапевтические мероприятия. 1.2.4. Лечебные хирургические мероприятия. 1.2.5. Анестезиологические мероприятия.
II	коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19; вирусная пневмония	2.1. Однократное исследование мазка из носо- и ротоглотки методом ОТ-ПЦР к вирусу COVID-19 в течение 25-ти дней с даты начала периода страхования. 2.2. Возмещение расходов, понесенных в связи с приобретением Лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом при амбулаторно-поликлиническом лечении, в случае установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.
СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.		
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.		
Порядок оплаты: _____		
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г.		
Страховая выплата осуществляется путем: - непосредственной оплаты Медицинской помощи в Медицинскую организацию; - возмещения расходов за полученные Медицинские услуги, указанные в п 2.2. Раздела II Программы ДМС.		

Страхователь, заключая настоящий Договор (Полис) страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от « ____ » _____ 20 ____ г., Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих

медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «___» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

– что Договор (Полис) страхования, Условия страхования, Правила добровольного медицинского страхования ему вручены, условия страхования, изложенные в настоящем Полисе и в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с Условиями страхования он согласен;

– что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что Правила добровольного медицинского страхования, Условия страхования, Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги размещены на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Согласием Страхователя заключить настоящий Договор (Полис) страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано настоящим Договором (Полисом) страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования и действующим законодательством РФ.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____ (_____)

подпись

ФИО

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

(Должность, фамилия и инициалы)

_____ (_____)

подпись

М.П.

ФИО

№ и дата доверенности

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 9 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Условия предоставления телемедицинских онлайн-консультаций.

1. Телемедицинские онлайн-консультации оказываются с использованием телефонной связи.
2. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе и/или с использованием предоставленной Застрахованным (Представителем Застрахованного) медицинской информации и документации.
3. Застрахованный (Представитель Застрахованного) до начала проведения консультации по желанию предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса «Личный кабинет» Застрахованного на сайте Страховщика.
4. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного (законного представителя Застрахованного) о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.
5. Застрахованному (законному Представителю Застрахованного) предоставляются телемедицинские консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного, за исключением:
 - вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
 - вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.).
6. По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».
7. Услуги в форме консультации врача могут быть оказаны Застрахованному в режиме _____.
8. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

Порядок предоставления услуг.

1. Для получения услуг в рамках Программы страхования Застрахованный (законный представитель Застрахованного) должен зарегистрировать «Личный кабинет» сайте Страховщика с помощью оператора контакт центра по телефону _____.
2. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного, который позволяет Застрахованному (законному представителю Застрахованного) направлять запрос на оказание услуг, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т. д.).
3. Для получения консультации представитель Застрахованного звонит в Контакт-центр по телефону _____.

4. Врач связывается с Застрахованным (законным представителем Застрахованного) либо через непосредственное соединение по окончании разговора с оператором, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (законного представителя Застрахованного), указанный при регистрации

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

5. В случае, если после запроса Застрахованный (законный Представитель Застрахованного) захочет отказаться от проведения консультации, он обязан уведомить об этом оператора Контакт-центра до начала оказания услуги.

6. Для организации получения письменного заключения врача медицинской организации по документам, представленным Застрахованным/законным представителем Застрахованного) для получения альтернативного заключения по состоянию здоровья Застрахованного, Застрахованный (его законный представитель) оставляет заявку в Личном кабинете.

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 10 К ПРАВИЛАМ
ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ДОВЕРЕННОСТЬ

Выдана в городе _____
(дата выдачи)

Я, гражданин _____
(гражданство) (Ф.И.О. доверителя полностью)
"__" _____ года рождения, паспорт серии _____ N _____, выдан
"__" _____ г., код подразделения
_____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____ настоящей доверенностью уполномочивает

(Ф.И.О. доверенного лица, паспортные данные, адрес регистрации)
представлять мои интересы в ООО «СК «АК БАРС-Мед» для получения Страховой выплаты с целью возмещения понесенных расходов за оказанную Медицинскую помощь или приобретение Лекарственных препаратов, с правом представлять и получать необходимые документы, а также совершать иные действия, связанные с выполнением данного поручения.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность выдана сроком на _____ год.

Полномочия по настоящей доверенности прекращаются по основаниям, предусмотренным статьей 188 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Подпись доверенного лица _____ удостоверяю.

Подпись доверителя _____.

Пронумеровано, пронумеровано и
скреплено печатью
287 (Двести восемьдесят семь) листов
Генеральный директор
ООО «СК «АК БАРС – Мед»



Т. Р. Каримов:

