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

---

**УТВЕРЖДАЮ**

**Генеральный директор**

**Приказ № 15 от «31» января 2024 г.**

_____ **Булат Сагидович Давлетшин**

# П Р А В И Л А
# ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 5

(в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 67 от 29.12.2015 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 28 от 31.07.2017 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 55 от 18.12.2017 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 127 от 05.12.2018 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 59 от 07.05.2019 г., утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 15 от 31.01.2024 г.)

**г. Казань**
**2024 г.**

# 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, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор страхования);
- *застрахованный (застрахованное лицо)* - указанное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования.
- *получатель страховых услуг* – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и/или выгодоприобретатель по заключенному Договору 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, оказывающие медицинскую помощь, 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;
- *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* - это Медицинская помощь, оказываемая с применением Телемедицинских технологий и организуемая в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- *телемедицинские технологии* - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и/или их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

- *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* – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления;

- *страховой случай* – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика выплатить страховое возмещение.

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

- *страховая сумма* – определенная Договором 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 страхования. Неагрегатная страховая сумма не уменьшается на сумму выплаченного Страхового возмещения в течение срока действия Договора 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 страхования. Агрегатная страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного Страховщиком в период действия Договора 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 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.

- *страховая премия (взнос)* – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором 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 страхования)* – соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской помощи Страхователю/Застрахованному при наступлении Страхового случая. Договор страхования может быть составлен как с обязательными подписями сторон (Страхователя и Страховщика),

так и с оговоренными условиями Договора страхования аналогам подписей (цифровая подпись, факсимиле и др);

- *срок страхования (срок действия Договора страхования)* - период времени, определяемый Договором страхования, в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат в соответствии с Договором страхования, при наступлении Страхового случая.

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

- *официальный сайт Страховщика* - сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (www.акбарсмед.рф), 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 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 № 5 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 страхования заключается в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования и предусматривает финансирование и организацию Медицинской помощи в Медицинских и/или Иных организациях, определенных Договором страхования либо возмещение Страхователю/Застрахованному понесенных расходов за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, предусмотренную Договором страхования.

Договор 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 страхования или отдельной группе Договоров 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 страхования и являются его неотъемлемой частью либо размещаются на Официальном сайте Страховщика.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров 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 страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

1.7. В соответствие с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 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 страхования.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. Договор страхования заключается 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 страхования в пользу физических лиц в возрасте до 65 лет включительно, на момент заключения Договора 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 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, в объеме, предусмотренном Программами добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в Договоре страхования.

## 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

4.1. Страховым случаем признается:

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской помощи предусмотренной Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования;

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования,

если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской помощи предусмотренной Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования;

4.2. Объем ответственности Страховщика по Договору страхования определяется перечнем Медицинской помощи, включенной в Программу (Программы) добровольного медицинского страхования, и Перечнем медицинских и/или иных организаций, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, в которых Застрахованные вправе получить в пределах Страховой суммы Медицинскую помощь, предусмотренную Договором 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 страхования по согласованию со Страховщиком изменить перечень Программ добровольного медицинского страхования. Изменение количества Программ добровольного медицинского страхования по Договору страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору страхования.

4.3. При заключении Договора страхования Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации: Медицинской помощи, оказываемой Застрахованным по технологиям, применяемым в Медицинских и/или Иных организациях, определенных Договором страхования.

4.4. На добровольное медицинское страхование не принимаются (если иное не предусмотрено Договором 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 65 лет.

4.5. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Программой добровольного медицинского 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 Застрахованному, 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 помощь, полученную по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

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

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

Договором страхования могут быть предусмотрены Лимиты ответственности по Программе добровольного медицинского страхования, Страховому риску, Страховому случаю, виду Медицинской помощи, Медицинской 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 страхования определяется Страховщиком и Страхователем по согласованию.

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

5.2. Страхователь вправе в течение срока действия Договора 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 неистекшему сроку действия основного Договора страхования.

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

5.3. При заключении Договора страхования по нескольким Программам добровольного медицинского страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате Медицинской помощи 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 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 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 помощи, уровня Медицинской организации, срока действия Договора 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 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 страхования.

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

6.4. При неуплате Страховой премии (взноса) Договор 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 страхования.

6.5. Если иное не установлено Договором 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.

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

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

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

- зачет суммы просроченного Страхового взноса при определении размера Страховой выплаты;
- досрочное прекращение Договора 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 страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части Страховой премии за период действия Договора 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 страхования просрочено.

## 7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

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

Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение письменной формы Договора страхования влечет его недействительность.

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.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении Договора 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.

Если в Договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре страхования либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования как его неотъемлемая часть, либо Договор 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;
- Перечень медицинских и/или иных организаций, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным по договорам 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 № 4 к настоящим Правилам.

При подписании Договора 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 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 страхования и приложениях к нему, а также в сопровождающих их документах (письмах, актах, заявлениях и пр.) признается сторонами Договора страхования аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика и является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

7.3. При заключении Договора 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 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 страхования.

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

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

7.4. Основанием для заключения Договора страхования 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.

7.5. Договор 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 страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления Договора страхования в силу.

7.6. Перед заключением Договора страхования Страховщик обязан:

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

- разъяснить условия, на которых может быть заключен Договор страхования, включающие информацию об: объекте страхования, Страховых рисках, порядке расчета Страхового тарифа, размере Страховой премии, Страховой суммы и/или порядок определения размера Страховой премии, Страховой суммы, 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 страхования, в том числе о необходимости проведения обследования Получателя страховых услуг при заключении Договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора 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 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 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 страхования, при обращении Получателя страховых услуг.

7.7. Информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, доводиться 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 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 страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Перед заключением Договора 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 страхования.

Заключая Договор 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 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 в Договоре 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 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 страхования, предоставляется Страхователю в форме надлежащим образом заверенной копии.

В Договоре страхования обязательно указываются:

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

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

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

7.9. 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 (Приложение № 3).

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;
- Перечень медицинских и/или иных организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным по договорам добровольного медицинского 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.

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

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

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

7.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил.

При заключении Договора страхования, по форме, указанной в Приложении № 4 к настоящим Правилам, стороны Договора страхования могут изменить (дополнить или исключить) определенные условия настоящих Правил при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон.

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

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

7.13. В случае изменения адресов и/или реквизитов, указанных в Договоре страхования, Сторона Договора 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 страхования при его заключении, будут считаться полученными.

Юридически значимое сообщение/уведомление, сделанное в письменной форме, может быть направлено Стороной Договора 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.

7.14. В случае утраты Страхователем Договора страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат Договора страхования на основании его письменного заявления.

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

7.15. 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 помощи, предусмотренной Договором страхования, наступает после вступления Договора страхования в силу, в соответствии с условиями Программы добровольного медицинского страхования.

8.2. Предоставление Медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в Медицинские и/или Иные организации, указанные в Договоре страхования. При необходимости оказания Медицинской помощи в Медицинских и/или Иных организациях, не указанных в Договоре страхования, но имеющих договорные отношения со Страховщиком, необходимо письменное или устное согласие последнего.

Договором 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 помощи в Медицинских и/или Иных организациях, указанных в Договоре 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.

8.3. В соответствии с условиями Договора страхования Страховщик в счет Страховой суммы либо организовывает оказание Медицинской помощи Застрахованному и оплачивает Медицинскую помощь, оказанную Застрахованному либо возмещает денежные средства за полученную Медицинскую помощь.

8.3.1. Оплата стоимости Медицинской помощи, оказанной Медицинскими и/или Иными организациями, производится, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской помощи по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской и/или Иной организацией, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской 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 страхования.

В рамках настоящих Правил первичными документами признаются: счет-реестр Медицинской помощи, оказанной застрахованным по Договорам страхования, счет на оплату за оказанную Медицинскую помощь и другие документы, содержащие сведения об оказанной помощи.

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

Договором на предоставление Медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию может быть предусмотрен иной порядок оплаты стоимости Медицинской помощи, оказанной Застрахованному (Застрахованным).

8.3.2. В случае, если это предусмотрено Договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования, Застрахованный (его

законный представитель либо лицо, действующее на основании доверенности, согласно Приложению № 6 к настоящим Правилам) может обратиться к Страховщику для получения Страховой выплаты с целью возмещения понесенных расходов за оказанную Медицинскую помощь.

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 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 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 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 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 страхования и/или настоящих Правилах.

В случае если условиями конкретного Договора 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 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 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 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 лицо, 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 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 27.06.2006 г. № 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 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 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 страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска. 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

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 страхования или потребовать уплаты дополнительной Страховой премии (взноса) соразмерно увеличению Страхового риска.

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

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

## 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

10.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Иных организациях Медицинской помощи, определенной в Договоре страхования.

В случае непредставления Медицинской помощи Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной Медицинской помощи, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или иных организаций, оказывающих медицинскую помощь 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 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 настоящими Правилами.

10.1.2. 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 г. № 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.

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 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 настоящих Правил;

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

е) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 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 07.08.2001 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 27.07.006 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) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

д) 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;

е) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

ё) 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 страхования прекращается в случаях:

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

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

11.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим 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 страхования путём: направления ему заказного письма с уведомлением о вручении, посредством Личного кабинета Страхователя (при наличии), по известному 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 страхования прекращает действие по истечении 7 (Семи) календарных дней (если Договором 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 страхования прекращает свое действие в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения смерти соответствующим свидетельством.

Если Договором страхования предусмотрено возмещение Страхователю/Застрахованному (его законному представителю либо лицу, действующему на основании доверенности) понесенных расходов за полученную Медицинскую помощь, 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 страхования недействительным;

11.1.8. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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

11.3. 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.

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

11.5. Страховщик обеспечивает прием заявлений в случае расторжения или отказа Страхователя от Договора страхования в Офисах, в которых заключался Договор страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре 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 страхования, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

В случае расторжения Договора страхования, Страхователь может использовать образец заявления, размещенного на Официальном сайте Страховщика. Страхователь заполняет и подписывает заявление и прикладывает цветную скан-копию или цветное фотографическое

изображение заявления на Официальном сайте Страховщика либо оригинал заявления направляет почтовым направлением. К заявлению Страхователь обязуется приложить копию паспорта.

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

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

## 12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Порядок и условия осуществления Страховых выплат Медицинским Иным организациям определяются договором, заключаемым Страховщиком с Медицинской 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 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 помощи, определяются Договором 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 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 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 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 07.08.2001 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 помощь, оказанную Застрахованному, если:

13.1.1. Полученная Медицинская помощь не предусмотрена Договором страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.2. Медицинская помощь оказана в Медицинских и/или Иных организациях, не предусмотренных Договором страхования или не согласованных Страховщиком.

13.1.3. Медицинская помощь оказана по желанию Застрахованного без рекомендации лечащего врача.

13.1.4. Медицинская помощь получена не в период действия Договора страхования, кроме следующих случаев:

- госпитализации в стационар Застрахованного в период действия Договора страхования - до момента выписки из стационара;
- санаторно-курортного лечения Застрахованного, начавшегося в период действия Договора страхования - до момента окончания лечения;
- организации проезда Застрахованного, сопровождающего лица до места оказания Медицинской помощи и обратно; медико-транспортных услуг, связанных с транспортировкой Застрахованного из стационара – в течение 5 дней (если иной срок не согласован Страховщиком) после выписки из стационара или окончания лечения;
- репатриации Застрахованного либо его тела – до момента прибытия до ближайшей к месту постоянного проживания или гражданства Застрахованного Медицинской организации или до ближайшего транспортного узла прямого международного сообщения (областного/республиканского административного центра).

13.1.5. Требование Страховой выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, Договором 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 помощи.

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

13.1.10. Медицинская 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 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 ЭКВИВАЛЕНТЕ

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 соответствие с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страховщик имеет право обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора 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 27.07.2006 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.

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. 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 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 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 страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре страхования Офисе, 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 г. № 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 Застрахованному 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 в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена 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, регулирующими 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 соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 5

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

Таблица 1.1.

| № | Программа страхования | Тариф, % |
|---|---|---|
| 1 | ОПТИМА I Взрослые | 0,13 |
| 2 | ОПТИМА I Дети до 1 года | 0,20 |
| 3 | ОПТИМА I Дети 1 – 18 лет | 0,19 |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | ОПТИМА II Взрослые | 0,16 |
| 5 | ОПТИМА II Дети до 1 года | 0,24 |
| 6 | ОПТИМА II Дети 1 – 18 лет | 0,21 |

Коэффициенты риска и поправочные коэффициенты

Таблица 1.2.

| № | Коэффициент | Значение |
|---|---|---|
| 1 | Срок действия договора страхования / срок страхования застрахованного лица | Согласно таблице 1.3. |
| 2 | Производственные условия труда для работающих | 0,7 – 4,0 |
| 3 | Наличие на момент страхования какого-либо хронического заболевания, группы инвалидности, нахождения Застрахованного лица на учете по заболеванию (по группам здоровья) | 1,0 – 5,0 |
| 4 | Установление временной франшизы | 0,85 – 1,0 |
| 5 | Предшествующая страховая история | 0,7 – 3,0 |
| 6 | Возраст застрахованных лиц | 1,0 – 4,5 |
| 7 | В зависимости от количества застрахованных лиц | 0,65 – 1,0 |
| 8 | Снижение размера агентского вознаграждения | 0,8 – 1,0 |
| 9 | Отдаленность места жительства застрахованного лица | 1,0 – 2,5 |

Таблица коэффициентов по сроку действия:

Таблица 1.3.

| Срок действия договора в месяцах | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| до 1-го | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Коэффициент краткосрочности | | | | | | | | | | | |
| 0,20 | 0,30 | 0,40 | 0,50 | 0,60 | 0,70 | 0,75 | 0,80 | 0,85 | 0,90 | 0,95 | 1,00 |

При этом неполный месяц принимается за полный.

При страховании на срок более 1 года тариф рассчитывается пропорционально по дням действия договора страхования.

Группы здоровья:

Данный коэффициент риска учитывает индивидуальные особенности лиц, подлежащих страхованию, которые определяются комплексной оценкой состояния их здоровья, наличия у них хронических заболеваний, вредных привычек, и других факторов, влияющих на состояние здоровья. Данный коэффициент риска характеризуется группой здоровья застрахованного лица.

*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.

Приложение № 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 5

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» № 5 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» № 5 от «__» _____ 20___ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или иных 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» № 5 от «__» _____ 20___ г. ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 5 от «__» _____ 20___ г. можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика https://www.акбарсмед.рф/.

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.

Приложение № 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 5

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 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

_____
(ФИО)

_____
(подпись)
М.П.

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)

Приложение № 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 5

# Д О Г О В О Р
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)

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, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор коллективного добровольного медицинского страхования № ДМС-_____ от ____ г. (в дальнейшем по тексту Договор страхования, Договор или настоящий Договор) о нижеследующем.

## 1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате Медицинской помощи Застрахованным в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования.

1.2. Настоящий Договор страхования заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 5 от _____ г. (Приложение № 1 - далее «Правила»), являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора страхования.

1.3. Страховым случаем по настоящему Договору страхования признается обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при: остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением Медицинской помощи в пределах перечня, предусмотренного Программой добровольного медицинского страхования.

1.4. Страхование осуществляется в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования (Приложение № 2), Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования (Приложение № 3) и в соответствии с Условиями предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования (Приложение № 4), являющимися его неотъемлемой частью.

1.5. Лица, в отношении которых прекращен Договор страхования, не могут быть вновь застрахованы до истечения срока его действия. Исключение составляют сотрудники Страхователя, которые были уволены и вновь приняты на работу в период действия настоящего Договора страхования. При этом, Страховщик имеет право затребовать у Страхователя

документальное подтверждение увольнения и приема этих сотрудников. Повторное страхование рассматривается как дополнительное страхование и осуществляется на основе положений ст.3 настоящего Договора страхования.

1.6. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования составляет ___ человека. Списки Застрахованных (Приложение № 5) с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса и телефона, выбранных Программ добровольного медицинского страхования передаются Страхователем Страховщику при заключении Договора страхования. Списки составляются в двух экземплярах, один из которых передается Страховщику, а один остается у Страхователя.

2. Срок действия Договора страхования.

1. Настоящий Договор действует: с_____, 00 ч. 00 мин по _____, 24 ч. 00 мин.

2. По истечении срока действия настоящий Договор страхования автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания срока действия настоящего Договора страхования стороны ведут переговоры о заключении Договора страхования на новый период.

3. Действие настоящего Договора страхования прекращается и Застрахованные теряют право на получение Медицинской помощи в случаях:

- истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором страхования в качестве даты окончания срока его действия;

- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме – с момента такового;

- ликвидации Страхователя, кроме случаев, предусмотренных Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации»;

- неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса, при уплате Страховой премии в рассрочку, по истечении ___ (_____) календарных дней 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;

- в случае смерти Застрахованного, Договор страхования прекращает свое действие, в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения смерти соответствующим свидетельством.

- в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, при этом отзыв такого согласия считается отказом от Договора страхования за исключением случаев, когда для исполнения Договора страхования согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется.

- со дня вступления в силу судебного решения о признании Договора страхования недействительным;

- в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

3. Порядок изменения условий настоящего Договора страхования.

3.1. Дополнительное страхование лиц и/или замена Программ добровольного медицинского страхования Застрахованных, осуществляется с ___ и ____ числа каждого месяца. Запрос от Страхователя предоставляется Страховщику в письменном виде/в виде электронного сообщения не менее чем за _____ рабочих дней до предполагаемой даты соответствующего изменения списочного состава. В случае предоставления Страхователем Страховщику соответствующего заявления в срок менее, чем за _____ рабочих дней, Страховщик производит изменение списочного состава на следующую дату.

3.2. При дополнительном страховании Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию в соответствии с п. 10.4. Правил.

3.3. Количество замен Застрахованных в течение срока действия Договора страхования не может превышать ____% от численности, указанной в п.1.6. настоящего Договора страхования. Под «заменой» понимается одновременное (с одной даты) снятие и прикрепление одинакового количества Застрахованных в рамках одной Программы добровольного медицинского страхования.

3.4. Перевод Застрахованного с одной Программы добровольного медицинского страхования на другую допускается не более одного раза за весь период действия Договора страхования.

3.5. Перерасчет Страховой премии при переводе с одной Программы добровольного медицинского страхования на другую производится пропорционально не истекшему сроку действия Договора страхования.

3.6. Прием писем на замену и дополнительное прикрепление Застрахованных прекращается за _____ до окончания срока действия настоящего Договора страхования.

3.7. Все изменения и дополнения в настоящем Договоре страхования осуществляются в письменной форме в виде дополнительного соглашения, которое является приложением к Договору страхования и неотъемлемой его частью.

3.8. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором страхования или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, по телетайпу, телексом, телефаксом, по электронной почте или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным юридическим адресам сторон.

3.9. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

4. Страховая сумма. Страховая премия. Порядок расчетов.

4.1. Размер годовой Страховой премии за одного Застрахованного и количество Застрахованных:

| Программа добровольного медицинского страхования | Размер Страхового тарифа (%) | Размер Страховой премии на одного Застрахованного (руб) | Количество Застрахованных |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4.2. 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, ……. Общая Страховая премия по настоящему Договору страхования составляет: _____ (_____) рублей.

Валюта Договора страхования: российские рубли - RUR.

Оплата Страховой премии (взноса) по Договору страхования производится:

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

/единовременным платежом в срок по «____» _____ _____г;

/в рассрочку по следующему графику:

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | RUR |
| | | | RUR |
| | | | RUR |
| | | | RUR |

4.3. При неуплате Страховой премии в течение ___ дней после указанного срока 1-го взноса – настоящий Договор считается не вступившим в силу, в течение ___ дней после указанных сроков следующих взносов - досрочно прекращенным.

4.4. При неуплате Страхователем второго или последующих Страховых взносов в течение __ календарных дней после указанных в п.4.2. сроков, Страховщик вправе в любой момент и в одностороннем порядке приостановить исполнение своих обязательств по Договору страхования до момента уплаты Страхователем в полном объеме части Страховой премии, уплата которой была просрочена, либо требовать досрочного прекращения действия настоящего Договора страхования, о чем извещает Страхователя путем направления соответствующего письменного уведомления.

4.5. При досрочном прекращении или приостановлении действия Договора страхования Страхователь обязан полностью уплатить Страховую премию за весь период времени, в течение которого продолжал действовать Договор страхования.

4.6. В случае расторжения Договора страхования по инициативе Страховщика, последний обязуется уведомить Страхователя за 60 календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора страхования, за исключением случаев, указанных в п. 4.3., 4.4. настоящего Договора страхования. Страховщик в течение 30 календарных дней с даты расторжения настоящего Договора страхования по инициативе Страховщика обязуется произвести возврат неиспользованной страховой премии на счет Страхователя.

Расчет при досрочном прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких Застрахованных неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом: _____.

4.7. Страховые суммы представляют собой лимит выплат по Программам добровольного медицинского страхования для каждого Застрахованного за весь срок страхования и составляют:

| Программа добровольного медицинского страхования | Страховая сумма на одного застрахованного |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

4.8. Страховщик гарантирует полное покрытие расходов в рамках Программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 2), Условий предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования (Приложение № 4) и Страховой суммы, определенной п.4.7. настоящего Договора страхования.

4.9. Все расчеты по настоящему Договору страхования ведутся исходя из годовой страховой премии. Дополнительное страхование лиц производится по ценам, действующим на момент заключения Договора страхования, указанным в п. 4.1. настоящего Договора страхования.

4.10. В случае замены Застрахованных, при одновременном включении в Списки Застрахованных и исключении из Списков Застрахованных одинакового количества Застрахованных в рамках одной Программы добровольного медицинского расчет Страховой премии не производится.

## 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 непредставления 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. Правил страховани, 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 настоящими 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 г. № 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 (Полисом) 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 страхования;

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

е) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 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 07.08.2001 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 27.07.2006 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) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

д) 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 страхования;

е) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

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

5.3. 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.

5.4. 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.

## 6. Порядок урегулирования споров.

6.1. Каждая из сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку прикрепленного контингента (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.

6.2. С целью рассмотрения спорных вопросов каждая из сторон выделяет по два человека, образующих комиссию, заключение которой обязательно для сторон.

6.3. По всем вопросам, не урегулированным положениями настоящего Договора страхования, Стороны руководствуются соответствующими положениями Правил.

6.4. При расхождении положений Правил с положениями настоящего Договора страхования, применяются соответствующие положения настоящего Договора страхования.

6.5. При противоречии положений Условий предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования положениям Правил, применяются соответствующие положения Условий предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования.

6.6. При противоречии положений Условий предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования положениям Программы добровольного медицинского страхования, применяются соответствующие положения Программы добровольного медицинского страхования.

6.7. При невозможности урегулирования споров путем переговоров они подлежат передаче на рассмотрение в Арбитражный суд Республики Татарстан.

7. Конфиденциальность.

7.1. Представляемая сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора, сведения о страхователе, застрахованных лицах, в том числе их персональные данные, данные об имущественном положении, будут считаться конфиденциальной информацией.

7.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

7.3. Настоящим Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов персональных данных (Застрахованных лиц) на передачу их персональных данных Страховщику для заключения и исполнения Договора страхования. Хранение письменного Согласия на обработку персональных данных застрахованного лица осуществляет Страхователь и предоставляет по первому требованию Страховщика.

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. Прочие положения

9.1. Настоящий Договор страхования действует: с _____, 00 ч. 00 мин по _____, 24 ч. 00 мин.

9.2. Настоящий Договор страхования составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.3. Во всём остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Договора страхования, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.4. Настоящий Договор страхования составлен со следующими Приложениями, каждое из которых является его неотъемлемой частью:

Приложение № 1 - Правила добровольного медицинского страхования № 5 ООО «СК «АК БАРС-Мед» в редакции от _____;

Приложение № 2 - Программы добровольного медицинского страхования _____;

Приложение № 3 - Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

Приложение № 4 - Условия предоставления медицинских услуг в рамках Добровольного медицинского страхования;

Приложение № 5 - Список Застрахованных;

Приложение № 6 - _____;

и т.д.

10. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон.

Страховщик:

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

Юридический адрес: _____

(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

_____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

Страхователь:

_____

Адрес: _____

(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

_____

Реквизиты банка _____

_____

Телефон: _____ Факс: _____

*Настоящим Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов персональных данных (Застрахованных лиц) на передачу их персональных данных Страховщику для заключения и исполнения договора страхования. Хранение письменного Согласия на обработку персональных данных застрахованного лица осуществляет Страхователь и предоставляет по первому требованию Страховщика.*

Страхователь: _____ М.П.

(должность уполномоченного лица)

(расшифровка подписи)

*Представитель страховщика/агент не имеет никаких сведений, противоречащих указанным в настоящем Договоре.*

*Все сведения, указанные в настоящем Договоре мной или с моих слов, являются достоверными и соответствуют действительности. Упомянутые выше «Правила добровольного медицинского страхования № 5» и приложения получил. С Правилами согласен.*

Страховщик: _____ М.П.

(должность уполномоченного лица)

(расшифровка подписи)

Страхователь: _____ М.П.

(должность уполномоченного лица)

(расшифровка подписи)

Приложение № 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 5

# ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

## «ОПТИМА I Взрослые»

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.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА I Взрослые»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
1.1.1. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, невролога, ревматолога, хирурга, сосудистого хирурга, нейрохирурга, травматолога, ортопеда, проктолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, гинеколога, аллерголога, иммунолога, гематолога, пульмонолога, маммолога, дерматовенеролога, инфекциониста, рефлексотерапевта, психиатра, физиотерапевта, врача ЛФК. Первичная консультация специалистов: онколога, логопеда, психотерапевта.
1.1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (видео или аудио-консультации) без ограничений.
1.2. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, онкомаркеры, внутрикожные пробы (аллергологические исследования на 12 аллергенов) – по 1 страховому случаю в течение срока действия Договора страхования, микробиологические, иммунологические, радиоиммунологические, микробиологические (бактериологические), серологические, гистологические и цитологические.
1.3. Рентгенологические исследования, ангиография, радиоизотопные исследования.
1.4. Компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография предоставляются строго по медицинским показаниям и при письменном согласовании со Страховщиком.
1.5. Ультразвуковые диагностические исследования.
1.6. Эндоскопические манипуляции.
1.7. Функциональная диагностика.
1.8. Лечебные манипуляции и процедуры: аутогемотерапия, лечебный массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия, в т.ч. лазеротерапия, грязелечение, ЛФК, промывание лакун, промывание носовых пазух, промывание серных пробок, орошение слизистой гортани, инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные).
1.9. Оперативное и анестезиологическое пособие.
1.10. Оформление медицинской документации: выписка рецептов на приобретение лекарственных препаратов, выдача листков нетрудоспособности, выдача медицинских справок по медицинским показаниям.
1.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного.

1.12. Проведение иммунопрофилактики против вируса гриппа для сотрудников в здравпункте завода, а членам их семей в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования.
1.13. Организация Дней здоровья по актуальным темам.

2. Стоматологическая помощь
2.1. Приемы, консультации специалистов (стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, консультация пародонтолога 1 раз в течение срока страхования, консультация ортопеда 1 раз в течение срока страхования).
2.2. Функциональная диагностика.
2.3. Диагностика рентгенологическая, радиовизиография, ортопантомография.
2.4. Физиотерапия.
2.5. Анестезиологические манипуляции.
2.6. Терапевтическая стоматология, в т.ч. лечение кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, включая лечение горячей гуттаперчей (термофилами), гуттаперчевыми штифтами (методом латеральной конденсации), импригнационные методы лечения каналов.
2.7. Хирургическая стоматология, в т.ч. лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов.
2.8. Удаление зубных отложений ультразвуковым методом со всех зубов, имеющих отложения (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.9. Покрытие зубов фторлаком по медицинским показаниям (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.10. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного.

3. Реабилитационно-восстановительное лечение включает:
3.1. Приемы, консультации специалистов.
3.2. Диагностические манипуляции и процедуры.
3.3. Лабораторные и инструментальные исследования.
3.4. Лечебные манипуляции и процедуры.
3.5. Медикаментозная терапия.
3.6. Применение естественных и преформированных физических факторов.
3.7. Лечебная физкультура и двигательные режимы.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА I Взрослые»:
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.
1.4. Наследственные болезни обмена веществ; подагра.
1.5. Сахарный диабет I и II типа, и его осложнения.
1.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
1.8. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем.

1.9. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, а именно: болезнь Гентингтона, наследственная атаксия, спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы, системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС, болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, другие дегенеративные болезни базальных ганглиев; другие экстрапирамидные и двигательные нарушения, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, другие формы острой диссеминированной демиелинизации, другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы); параличи, эпилепсия и эпилептиформный синдром, психические расстройства.
1.10. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
1.11. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
1.12. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, невусы, атопический дерматит, чесотка, педикулёз.
1.13. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.
1.14. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.
1.15. Лучевая болезнь.
1.16. Профессиональные заболевания.
1.17. Злокачественные, доброкачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей).
1.18. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства: кардиохирургические операции, эндоваскулярные методы (включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную аблацию); нейрохирургические операции (за исключением экстренного оперативного лечения по поводу вновь возникших черепно-мозговых травм), сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентов), пластические операции, ортопедические операции, трасплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
1.19. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.
1.20. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.
2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (за исключением случаев, согласованных Страховщиком).
3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).
4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования.
6. Медицинская помощь специалистов на дому.
7. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования.
8. Хирургическое лазеролечение и использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия.
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.
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 карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.
11. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

12. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.). Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности. Медицинская помощь, связанная с самопроизвольным прерыванием беременности и преждевременными родами.
13. Ведение беременности. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением; лечение в отделении патологии беременности; родовспоможение.
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. Кроме случаев, подбора очков для Застрахованных с патологией органа зрения, нуждающихся в ношении защитных очков по производственной необходимости (при наличии направления от врача ___).
16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.
17. Стационарное лечение.
18. Санаторно-курортное лечение.
19. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (за исключением лекарственного обеспечения, оплаты отечественных расходных материалов (кроме наборов для остеосинтеза и фиксации, наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов) при нахождении на стационарном лечении); 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.
20. Следующие виды стоматологического лечения:
- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на ½ пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов без медицинских показаний;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- протезирование и подготовка к нему, включая удаление зубов;
- ортодонтическое лечение;
- дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow».

## «ОПТИМА I Дети до 1 года»

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 стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА I Дети до 1 года»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
1.1.1. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, невролога, ревматолога, хирурга, сосудистого хирурга, нейрохирурга, травматолога, ортопеда, проктолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, гинеколога, аллерголога, иммунолога, гематолога, пульмонолога, маммолога, дерматовенеролога, инфекциониста, рефлексотерапевта, психиатра, физиотерапевта, врача ЛФК. Первичная консультация специалистов: онколога, логопеда.
1.1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (видео или аудио-консультации) без ограничений.
1.2. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, онкомаркеры, внутрикожные пробы (аллергологические исследования на 12 аллергенов) – по 1 страховому случаю в течение срока действия Договора страхования, микробиологические, иммунологические, радиоиммунологические, микробиологические (бактериологические), серологические, гистологические и цитологические.
1.3. Рентгенологические исследования, ангиография, радиоизотопные исследования.
1.4. Компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография предоставляются строго по медицинским показаниям и при письменном согласовании со Страховщиком.
1.5. Ультразвуковые диагностические исследования.
1.6. Эндоскопические манипуляции.
1.7. Функциональная диагностика.
1.8. Лечебные манипуляции и процедуры: аутогемотерапия, лечебный массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия, в т.ч. лазеротерапия, грязелечение, ЛФК, промывание лакун, промывание носовых пазух, промывание серных пробок, орошение слизистой гортани, инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные).
1.9. Оперативное и анестезиологическое пособие.
1.10. Оформление медицинской документации: выписка рецептов на приобретение лекарственных препаратов, выдача листков нетрудоспособности, выдача медицинских справок по медицинским показаниям.
1.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе представителя застрахованного.
1.12. Проведение иммунопрофилактики против вируса гриппа в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования.

2. Реабилитационно-восстановительное лечение включает:
2.1. Консультации специалистов.
2.2. Диагностические манипуляции и процедуры.
2.3. Лабораторные и инструментальные исследования.
2.4. Лечебные манипуляции и процедуры.
2.5. Медикаментозная терапия.
2.6. Применение естественных и преформированных физических факторов.
2.7. Лечебная физкультура и двигательные режимы.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА I Дети до 1 года»:

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.
1.4. Наследственные болезни обмена веществ; подагра.
1.5. Сахарный диабет I и II типа, и его осложнения.
1.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
1.8. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем.
1.9. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, а именно: болезнь Гентингтона, наследственная атаксия, спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы, системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС, болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, другие дегенеративные болезни базальных ганглиев; другие экстрапирамидные и двигательные нарушения, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, другие формы острой диссеминированной демиелинизации, другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы); параличи, эпилепсия и эпилептиформный синдром, психические расстройства.
1.10. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
1.11. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
1.12. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, невусы, атопический дерматит, чесотка, педикулёз.
1.13. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; осложненная катаракта, косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.
1.14. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.
1.15. Лучевая болезнь.
1.16. Злокачественные, доброкачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей).
1.17. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства: кардиохирургические операции, эндоваскулярные методы (включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную аблацию); нейрохирургические операции (за исключением экстренного оперативного лечения по поводу вновь возникших черепно-мозговых травм), сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентов), пластические операции, ортопедические операции, трасплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
1.18. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.
2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (за исключением случаев, согласованных Страховщиком).
3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).
4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования.
6. Медицинская помощь специалистов на дому.
7. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования.

8. Хирургическое лазеролечение и использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия.
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.
10. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, санаторно-курортных карт, диспансеризация и т.п.
11. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.
12. 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.
13. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, ЛФК в бассейне и пр.
14. Стационарное лечение.
15. Санаторно-курортное лечение.
16. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (за исключением лекарственного обеспечения, оплаты отечественных расходных материалов (кроме наборов для остеосинтеза и фиксации, наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов) при нахождении на стационарном лечении); 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.
17. Все виды стоматологического лечения.

«ОПТИМА I Дети 1-18 лет»

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.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА I Дети 1-18 лет»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
1.1.1. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: педиатра, терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, невролога, ревматолога, хирурга, сосудистого хирурга, нейрохирурга, травматолога, ортопеда, проктолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, гинеколога, аллерголога, иммунолога, гематолога, пульмонолога, маммолога, дерматовенеролога, инфекциониста, рефлексотерапевта, психиатра, физиотерапевта, врача ЛФК. Первичная консультация специалистов: онколога, логопеда, психотерапевта.
1.1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (видео или аудио-консультации) без ограничений.
1.2. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, онкомаркеры, внутрикожные пробы (аллергологические исследования на 12 аллергенов) – по 1 страховому случаю в течение срока действия Договора страхования, микробиологические, иммунологические, радиоиммунологические, микробиологические (бактериологические), серологические, гистологические и цитологические.
1.3. Рентгенологические исследования, ангиография, радиоизотопные исследования.
1.4. Компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография предоставляются строго по медицинским показаниям и при письменном согласовании со Страховщиком.
1.5. Ультразвуковые диагностические исследования.
1.6. Эндоскопические манипуляции.
1.7. Функциональная диагностика.
1.8. Лечебные манипуляции и процедуры: аутогемотерапия, лечебный массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия, в т.ч. лазеротерапия, грязелечение, ЛФК, промывание лакун, промывание носовых пазух, промывание серных пробок, орошение слизистой гортани, инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные).
1.9. Оперативное и анестезиологическое пособие.
1.10. Оформление медицинской документации: выписка рецептов на приобретение лекарственных препаратов, выдача листков нетрудоспособности, выдача медицинских справок по медицинским показаниям.
1.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного или представителя застрахованного.
1.12. Проведение иммунопрофилактики против вируса гриппа в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования.

2. Стоматологическая помощь
2.1. Приемы, консультации специалистов (стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, консультация пародонтолога 1 раз в течение срока страхования, консультация ортопеда 1 раз в течение срока страхования).
2.2. Функциональная диагностика.
2.3. Диагностика рентгенологическая, радиовизиография, ортопантомография.
2.4. Физиотерапия.
2.5. Анестезиологические манипуляции.
2.6. Терапевтическая стоматология, в т.ч. лечение кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, включая лечение горячей гуттаперчей (термофилами), гуттаперчевыми штифтами (методом латеральной конденсации), импригнационные методы лечения каналов.

2.7. Хирургическая стоматология, в т.ч. лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов.
2.8. Удаление зубных отложений ультразвуковым методом со всех зубов, имеющих отложения (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.9. Покрытие зубов фторлаком по медицинским показаниям (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.10. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного или представителя застрахованного.

3. Реабилитационно-восстановительное лечение включает:
3.1. Консультации специалистов.
3.2. Диагностические манипуляции и процедуры.
3.3. Лабораторные и инструментальные исследования.
3.4. Лечебные манипуляции и процедуры.
3.5. Медикаментозная терапия.
3.6. Применение естественных и преформированных физических факторов.
3.7. Лечебная физкультура и двигательные режимы.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА I Дети 1-18 лет»:
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.
1.4. Наследственные болезни обмена веществ; подагра.
1.5. Сахарный диабет I и II типа, и его осложнения.
1.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
1.8. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем.
1.9. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, а именно: болезнь Гентингтона, наследственная атаксия, спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы, системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС, болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, другие дегенеративные болезни базальных ганглиев; другие экстрапирамидные и двигательные нарушения, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, другие формы острой диссеминированной демиелинизации, другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы); параличи, эпилепсия и эпилептиформный синдром, психические расстройства.
1.10. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
1.11. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
1.12. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, невусы, атопический дерматит, чесотка, педикулёз.
1.13. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.
1.14. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.
1.15. Лучевая болезнь.

1.16. Злокачественные, доброкачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей).
1.17. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства: кардиохирургические операции, эндоваскулярные методы (включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную аблацию); нейрохирургические операции (за исключением экстренного оперативного лечения по поводу вновь возникших черепно-мозговых травм), сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентов), пластические операции, ортопедические операции, трасплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
1.18. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.
1.19. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.
2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (за исключением случаев, согласованных Страховщиком).
3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).
4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования.
6. Медицинская помощь специалистов на дому.
7. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования.
8. Хирургическое лазеролечение и использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия.
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.
10. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.
11. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.
12. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.). Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности. Медицинская помощь, связанная с самопроизвольным прерыванием беременности и преждевременными родами.
13. Ведение беременности. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением; лечение в отделении патологии беременности; родовспоможение.
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. Стационарное лечение.
18. Санаторно-курортное лечение.
19. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (за исключением лекарственного обеспечения, оплаты отечественных расходных материалов (кроме

наборов для остеосинтеза и фиксации, наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов) при нахождении на стационарном лечении); 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.

20. Следующие виды стоматологического лечения:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на ½ пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов без медицинских показаний;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- протезирование и подготовка к нему, включая удаление зубов;
- ортодонтическое лечение;
- дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow».

## «ОПТИМА II Взрослые»

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.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА II Взрослые»:

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
1.1.1. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, невролога, ревматолога, хирурга, сосудистого хирурга, нейрохирурга, травматолога, ортопеда, проктолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, гинеколога, аллерголога, иммунолога, гематолога, пульмонолога, маммолога, дерматовенеролога, инфекциониста, рефлексотерапевта, психиатра, физиотерапевта, врача ЛФК. Первичная консультация специалистов: онколога, логопеда, психотерапевта.
1.1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (видео или аудио-консультации) без ограничений.
1.2. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, онкомаркеры, внутрикожные пробы (аллергологические исследования на 12 аллергенов) – по 1 страховому случаю в течение срока действия Договора страхования, микробиологические, иммунологические, радиоиммунологические, микробиологические (бактериологические), серологические, гистологические и цитологические.
1.3. Рентгенологические исследования, ангиография, радиоизотопные исследования.
1.4. Компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография предоставляются строго по медицинским показаниям и при письменном согласовании со Страховщиком.
1.5. Ультразвуковые диагностические исследования.
1.6. Эндоскопические манипуляции.
1.7. Функциональная диагностика.
1.8. Лечебные манипуляции и процедуры: аутогемотерапия, лечебный массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия, в т.ч. лазеротерапия, грязелечение, ЛФК, промывание лакун, промывание носовых пазух, промывание серных пробок, орошение слизистой гортани, инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные).
1.9. Оперативное и анестезиологическое пособие.
1.10. Оформление медицинской документации: выписка рецептов на приобретение лекарственных препаратов, выдача листков нетрудоспособности, выдача медицинских справок по медицинским показаниям.
1.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного.
1.12. Медицинская помощь на дому и/или месте работы, с привлечением необходимых специалистов (перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования), Застрахованным, которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме.
1.13. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита, столбняка и бешенства.
1.14. Проведение иммунопрофилактики против вируса гриппа для сотрудников в здравпункте завода, а членам их семей в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования.
1.15. Организация Дней здоровья по актуальным темам.

2. Стоматологическая помощь
2.1. Приемы, консультации специалистов (стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, консультация пародонтолога 1 раз в течение срока страхования, консультация ортопеда 1 раз в течение срока страхования).
2.2. Функциональная диагностика.
2.3. Диагностика рентгенологическая, радиовизиография, ортопантомография.
2.4. Физиотерапия.
2.5. Анестезиологические манипуляции.

2.6. Терапевтическая стоматология, в т.ч. лечение кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, включая лечение горячей гуттаперчей (термофилами), гуттаперчевыми штифтами (методом латеральной конденсации), импригнационные методы лечения каналов.
2.7. Хирургическая стоматология, в т.ч. лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов.
2.8. Удаление зубных отложений ультразвуковым методом со всех зубов, имеющих отложения (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.9. Покрытие зубов фторлаком по медицинским показаниям (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.10. Зубопротезирование, включая подготовку (без имплантации зубов, применения металлокерамики и сплавов драгоценных металлов), в случаях, когда необходимость в нем возникла в результате полученной травмы челюстно-лицевой области, произошедшей в период действия Договора страхования.
2.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного.

3. Стационарная помощь, включая стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар)
3.1. Консультации специалистов.
3.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования.
3.3.Лечебные манипуляции и процедуры.
3.4.Оперативное и анестезиологическое пособие.
3.5. Медикаментозная терапия.
При нахождении на стационарном лечении предусмотрено полное лекарственное обеспечение, оплата отечественных расходных материалов (за исключением наборов для остеосинтеза и фиксации, любых наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, любого производства электрокардиостимуляторов), размещение при госпитализации, преимущественно в одноместные палаты.

4. Реабилитационно-восстановительное лечение включает:
4.1. Консультации специалистов.
4.2. Диагностические манипуляции и процедуры.
4.3. Лабораторные и инструментальные исследования.
4.4. Лечебные манипуляции и процедуры.
4.5. Медикаментозная терапия.
4.6. Применение естественных и преформированных физических факторов.
4.7. Лечебная физкультура и двигательные режимы.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА II Взрослые»:
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.
1.4. Наследственные болезни обмена веществ; подагра.
1.5. Сахарный диабет I и II типа, и его осложнения.

1.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
1.8. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем.
1.9. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, а именно: болезнь Гентингтона, наследственная атаксия, спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы, системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС, болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, другие дегенеративные болезни базальных ганглиев; другие экстрапирамидные и двигательные нарушения, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, другие формы острой диссеминированной демиелинизации, другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы); параличи, эпилепсия и эпилептиформный синдром, психические расстройства.
1.10. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
1.11. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
1.12. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, невусы, атопический дерматит, чесотка, педикулёз.
1.13. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.
1.14. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.
1.15. Лучевая болезнь.
1.16. Профессиональные заболевания.
1.17. Злокачественные, доброкачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей).
1.18. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства: кардиохирургические операции, эндоваскулярные методы (включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную аблацию); нейрохирургические операции (за исключением экстренного оперативного лечения по поводу вновь возникших черепно-мозговых травм), сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентов), пластические операции, ортопедические операции, трасплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
1.19. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.
1.20. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.
2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (за исключением случаев, согласованных Страховщиком).
3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса). Кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному, но не более 10 дней со дня окончания срока действия Договора страхования.
4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования.
6. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования.
7. Хирургическое лазеролечение и использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия.
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 карт, медицинской карты в учебные заведения; диспансеризация и т.п.
10. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию, за исключением случаев, перечисленных в 1.13. Программы добровольного медицинского страхования.
11. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.). Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности. Медицинская помощь, связанная с самопроизвольным прерыванием беременности и преждевременными родами.
12. Ведение беременности. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением; лечение в отделении патологии беременности; родовспоможение.
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; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха. Кроме случаев, подбора очков для Застрахованных с патологией органа зрения, нуждающихся в ношении защитных очков по производственной необходимости (при наличии направления от врача ___).
15. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.
16. Санаторно-курортное лечение.
17. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (за исключением лекарственного обеспечения, оплаты отечественных расходных материалов (кроме наборов для остеосинтеза и фиксации, наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов) при нахождении на стационарном лечении); 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. Следующие виды стоматологического лечения:
- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на ½ пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов без медицинских показаний;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- зубопротезирование и подготовка к нему, включая удаление зубов, за исключением случаев, когда необходимость в нем возникла в результате полученной травмы челюстно-лицевой области;
- ортодонтическое лечение;
- дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow».

«ОПТИМА II Дети до 1 года»

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 стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА II Дети до 1 года»:
1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
1.1.1. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, невролога, ревматолога, хирурга, сосудистого хирурга, нейрохирурга, травматолога, ортопеда, проктолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, гинеколога, аллерголога, иммунолога, гематолога, пульмонолога, маммолога, дерматовенеролога, инфекциониста, рефлексотерапевта, психиатра, физиотерапевта, врача ЛФК. Первичная консультация специалистов: онколога, логопеда.
1.1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (видео или аудио-консультации) без ограничений.
1.2. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, онкомаркеры, внутрикожные пробы (аллергологические исследования на 12 аллергенов) – по 1 страховому случаю в течение срока действия Договора страхования, микробиологические, иммунологические, радиоиммунологические, микробиологические (бактериологические), серологические, гистологические и цитологические.
1.3. Рентгенологические исследования, ангиография, радиоизотопные исследования.
1.4. Компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография предоставляются строго по медицинским показаниям и при письменном согласовании со Страховщиком.
1.5. Ультразвуковые диагностические исследования.
1.6. Эндоскопические манипуляции.
1.7. Функциональная диагностика.
1.8. Лечебные манипуляции и процедуры: аутогемотерапия, лечебный массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия, в т.ч. лазеротерапия, грязелечение, ЛФК, промывание лакун, промывание носовых пазух, промывание серных пробок, орошение слизистой гортани, инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные).
1.9. Оперативное и анестезиологическое пособие.
1.10. Оформление медицинской документации: выписка рецептов на приобретение лекарственных препаратов, выдача медицинских справок по медицинским показаниям.
1.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе представителя застрахованного.
1.12. Медицинская помощь на дому, с привлечением необходимых специалистов (перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования), Застрахованным, которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме.
1.13. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита, столбняка и бешенства.
1.14. Проведение иммунопрофилактики против вируса гриппа в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования.

2. Стационарная помощь, включая стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар)
2.1. Консультации специалистов.
2.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования.
2.3. Лечебные манипуляции и процедуры.
2.4. Оперативное и анестезиологическое пособие.
2.5. Медикаментозная терапия.
При нахождении на стационарном лечении предусмотрено полное лекарственное обеспечение, оплата отечественных расходных материалов (за исключением наборов для остеосинтеза и фиксации,

любых наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, любого производства электрокардиостимуляторов), размещение при госпитализации, преимущественно в одноместные палаты.

3. Реабилитационно-восстановительное лечение включает:
3.1. Консультации специалистов.
3.2. Диагностические манипуляции и процедуры.
3.3. Лабораторные и инструментальные исследования.
3.4. Лечебные манипуляции и процедуры.
3.5. Медикаментозная терапия.
3.6. Применение естественных и преформированных физических факторов.
3.7. Лечебная физкультура и двигательные режимы.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА II Дети до 1 года»:
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.
1.4. Наследственные болезни обмена веществ; подагра.
1.5. Сахарный диабет I и II типа, и его осложнения.
1.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
1.8. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем.
1.9. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, а именно: болезнь Гентингтона, наследственная атаксия, спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы, системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС, болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, другие дегенеративные болезни базальных ганглиев; другие экстрапирамидные и двигательные нарушения, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, другие формы острой диссеминированной демиелинизации, другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы); параличи, эпилепсия и эпилептиформный синдром, психические расстройства.
1.10. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
1.11. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
1.12. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, невусы, атопический дерматит, чесотка, педикулёз.
1.13. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.
1.14. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.
1.15. Лучевая болезнь.
1.16. Злокачественные, доброкачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей).
1.17. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства: кардиохирургические операции, эндоваскулярные методы (включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную абляцию); нейрохирургические операции (за исключением экстренного оперативного лечения по поводу вновь возникших черепно-мозговых травм), сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентов),

пластические операции, ортопедические операции, трасплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
1.18. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.
1.19. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.
2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (за исключением случаев, согласованных Страховщиком).
3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса). Кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному, но не более 10 дней со дня окончания срока действия Договора страхования.
4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования.
6. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования.
7. Хирургическое лазеролечение и использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия.
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, санаторно-курортных карт.
10. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию, за исключением случаев, перечисленных в 1.13. Программы добровольного медицинского страхования.
11. 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.
12. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, ЛФК в бассейне и пр.
13. Санаторно-курортное лечение.
14. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (за исключением лекарственного обеспечения, оплаты отечественных расходных материалов (кроме наборов для остеосинтеза и фиксации, наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов) при нахождении на стационарном лечении); 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. Все виды стоматологического лечения.

«ОПТИМА II Дети 1-18 лет»

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.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА II Дети 1-18 лет»:
1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
1.1.1. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: педиатра, терапевта, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, невролога, ревматолога, хирурга, сосудистого хирурга, нейрохирурга, травматолога, ортопеда, проктолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, гинеколога, аллерголога, иммунолога, гематолога, пульмонолога, маммолога, дерматовенеролога, инфекциониста, рефлексотерапевта, психиатра, физиотерапевта, врача ЛФК. Первичная консультация специалистов: онколога, логопеда, психотерапевта.
1.1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (видео или аудио-консультации) без ограничений.
1.2. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, онкомаркеры, внутрикожные пробы (аллергологические исследования на 12 аллергенов) – по 1 страховому случаю в течение срока действия Договора страхования, микробиологические, иммунологические, радиоиммунологические, микробиологические (бактериологические), серологические, гистологические и цитологические.
1.3. Рентгенологические исследования, ангиография, радиоизотопные исследования.
1.4. Компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография предоставляются строго по медицинским показаниям и при письменном согласовании со Страховщиком.
1.5. Ультразвуковые диагностические исследования.
1.6. Эндоскопические манипуляции.
1.7. Функциональная диагностика.
1.8. Лечебные манипуляции и процедуры: аутогемотерапия, лечебный массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия, в т.ч. лазеротерапия, грязелечение, ЛФК, промывание лакун, промывание носовых пазух, промывание серных пробок, орошение слизистой гортани, инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные).
1.9. Оперативное и анестезиологическое пособие.
1.10. Оформление медицинской документации: выписка рецептов на приобретение лекарственных препаратов, выдача листков нетрудоспособности, выдача медицинских справок по медицинским показаниям.
1.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного или представителя застрахованного.
1.12. Медицинская помощь на дому, с привлечением необходимых специалистов (перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования), Застрахованным, которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме.
1.13. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита, столбняка и бешенства.
1.14. Проведение иммунопрофилактики против вируса гриппа в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования.

2. Стоматологическая помощь
2.1. Приемы, консультации специалистов (стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, консультация пародонтолога 1 раз в течение срока страхования, консультация ортопеда 1 раз в течение срока страхования).
2.2. Функциональная диагностика.
2.3. Диагностика рентгенологическая, радиовизиография, ортопантомография.
2.4. Физиотерапия.
2.5. Анестезиологические манипуляции.
2.6. Терапевтическая стоматология, в т.ч. лечение кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, включая лечение горячей гуттаперчей (термофилами),

гуттаперчевыми штифтами (методом латеральной конденсации), импригнационные методы лечения каналов.
2.7. Хирургическая стоматология, в т.ч. лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов.
2.8. Удаление зубных отложений ультразвуковым методом со всех зубов, имеющих отложения (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.9. Покрытие зубов фторлаком по медицинским показаниям (1 раз в течение срока действия Договора страхования).
2.10. Зубопротезирование, включая подготовку (без имплантации зубов, применения металлокерамики и сплавов драгоценных металлов), в случаях, когда необходимость в нем возникла в результате полученной травмы челюстно-лицевой области, произошедшей в период действия Договора страхования.
2.11. Предоставление в процессе лечения рентгенологических снимков, запись снимков на электронный носитель, по просьбе застрахованного или представителя застрахованного.

3. Стационарная помощь, включая стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар)
3.1. Консультации специалистов.
3.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования.
3.6.Лечебные манипуляции и процедуры.
3.7.Оперативное и анестезиологическое пособие.
3.8. Медикаментозная терапия.
При нахождении на стационарном лечении предусмотрено полное лекарственное обеспечение, оплата отечественных расходных материалов (за исключением наборов для остеосинтеза и фиксации, любых наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, любого производства электрокардиостимуляторов), размещение при госпитализации, преимущественно в одноместные палаты.

4. Реабилитационно-восстановительное лечение включает:
4.1. Консультации специалистов.
4.2. Диагностические манипуляции и процедуры.
4.3. Лабораторные и инструментальные исследования.
4.4. Лечебные манипуляции и процедуры.
4.5. Медикаментозная терапия.
4.6. Применение естественных и преформированных физических факторов.
4.7. Лечебная физкультура и двигательные режимы.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «ОПТИМА II Дети 1-18 лет»:
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.
1.4. Наследственные болезни обмена веществ; подагра.
1.5. Сахарный диабет I и II типа, и его осложнения.
1.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
1.8. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем.
1.9. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, а именно: болезнь Гентингтона, наследственная атаксия, спинальная мышечная атрофия и родственные синдромы, системные атрофии, поражающие преимущественно ЦНС, болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм, другие дегенеративные болезни базальных ганглиев; другие экстрапирамидные и двигательные нарушения, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, другие формы острой диссеминированной демиелинизации, другие демиелинизирующие болезни центральной нервной системы); параличи, эпилепсия и эпилептиформный синдром, психические расстройства.
1.10. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
1.11. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
1.12. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, невусы, атопический дерматит, чесотка, педикулёз.
1.13. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.
1.14. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.
1.15. Лучевая болезнь.
1.16. Злокачественные, доброкачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей).
1.17. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства: кардиохирургические операции, эндоваскулярные методы (включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную аблацию); нейрохирургические операции (за исключением экстренного оперативного лечения по поводу вновь возникших черепно-мозговых травм), сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентов), пластические операции, ортопедические операции, трасплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
1.18. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.
1.19. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.
2. Обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования (за исключением случаев, согласованных Страховщиком).
3. Обращение за Медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса). Кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному, но не более 10 дней со дня окончания срока действия Договора страхования.
4. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
5. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования.
6. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования.
7. Хирургическое лазеролечение и использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколонотерапия.
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, санаторно-курортных карт.

10. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию, за исключением случаев, перечисленных в 1.13. Программы добровольного медицинского страхования.
11. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и др.). Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности. Медицинская помощь, связанная с самопроизвольным прерыванием беременности и преждевременными родами.
12. Ведение беременности. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением; лечение в отделении патологии беременности; родовспоможение.
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; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.
15. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.
16. Санаторно-курортное лечение.
17. Расходы на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (за исключением лекарственного обеспечения, оплаты отечественных расходных материалов (кроме наборов для остеосинтеза и фиксации, наборов для ангиографии, абляции, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов) при нахождении на стационарном лечении); 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. Следующие виды стоматологического лечения:
- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;
- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на ½ пломбировочными материалами, применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов (микропротезирование);
- перелечивание зубов без медицинских показаний;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком;
- протезирование и подготовка к нему, включая удаление зубов;
- ортодонтическое лечение;
- дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая парадонтология;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow».

Приложение № 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОВЕРЕННОСТЬ

Выдана в городе _____ _____
(дата выдачи)

Я, _____ _____
(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, 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_____.

Прошито, пронумеровано и скреплено печатью
64 (Шестьдесят четыре) листа

Генеральный директор
ООО «СК «АК БАРС – Мед»

Б.С. Давлетшин: _____.

ДЛЯ ДОКУМЕНТОВ