

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

Утверждены
Правила в новой редакции
Генеральным директором
Приказ № 14 от 01 апреля 2015 г.

Генеральный директор: _____
(И.Р. Гарифуллин)



П Р А В И Л А
добровольного медицинского страхования № 3

г. Казань
2015 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами Банка России, остальными 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* - это стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании;
- *страховщик* - Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданное для осуществления страховой деятельности и получившее, в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке, лицензию на осуществление страховой деятельности на территории РФ;
- *страхователи* - юридические лица любой организационно-правовой формы, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор страхования);
- *застрахованный* - названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования.
- *медицинские организации* - находящиеся как на территории РФ, так и на территории иностранных государств, лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации;
- *аптечные организации* – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских организаций), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов) в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности;
- *иные организации* – сервисные или ассистанские компании и организации, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры на предоставление услуг медицинского ассистанса;
- *медицинский ассистанс* – услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи;
- *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.

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

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

- *услуги по репатриации* – услуги, связанные с транспортировкой, адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством:

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

если Застрахованный является гражданином Российской Федерации – из страны пребывания до ближайшей к месту постоянного проживания или гражданства Застрахованного Медицинской организации.

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

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

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

- *продукты лечебного питания* – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной целью;

- *заболевание (болезнь)* – нарушение жизнедеятельности человека, характеризующееся ограничением приспособляемости и понижением трудоспособности, под влиянием вредных ему факторов внешней и внутренней среды, требующее Медицинской помощи;

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

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

- *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;

- *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.

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

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 и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях определенных 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 страхования должно быть оговорено специально.

Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать различные Программы добровольного медицинского страхования, помимо описанных настоящими Правилами, и присваивать им маркетинговые названия.

1.5. 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.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении и гарантирует соблюдение врачебной тайны.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

1.6. Взаимоотношения между Страховщиком и Медицинской организацией определяются Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию, по которому Медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным Страховщика Медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования. При этом указанный Договор на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию должен содержать: наименование сторон, предмет договора, стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества Медицинской помощи, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В качестве Субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Медицинская организация, Аптечная 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 70 лет включительно, на момент заключения Договора страхования проживающих на территории РФ.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

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

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

4.1. Страховым случаем признается:

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

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

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

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 и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным по технологиям, применяемым в Медицинских и/или Иных организациях определенных Договором страхования; Лекарственной помощи, оказываемой Застрахованным в Аптечных 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 70 лет.

4.5. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором 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 как необходимая и разумная мера;

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.

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

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

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

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

г) стихийными бедствиями.

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

Аптечной и/или Иной организации, периоду оказания Медицинской помощи, прочим основаниям.

Лимит ответственности может быть коллективным (ограничивает ответственность Страховщика по всем Застрахованным, подпадающим под действие Лимита ответственности) и индивидуальным (ограничивает ответственность Страховщика индивидуально для каждого Застрахованного, подпадающего под действие Лимита ответственности).

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. О предполагаемом изменении стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, гарантированной (гарантированных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя.

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

5.5. 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 и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, 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 одновременно 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 5-дневный срок (если иное не предусмотрено Договором страхования) после подписания 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.

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 и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, определенного объема и качества, согласно Программе (Программам) добровольного медицинского 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 РФ. К Договору страхования прилагается Заявление Страхователя со списком Застрахованных, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

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 аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги 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.

7.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием настоящих Правил путем вручения ему одного экземпляра или размещения Правил на сайте Страховщика или другим доступным методом.

7.4. Основанием для заключения Договора страхования с юридическими лицами является письменное Заявление Страхователя (Приложение 2 к настоящим Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя;
- количество лиц, подлежащих страхованию (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства каждого из них указываются в списке Застрахованных, который является приложением к Заявлению);
- 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.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления Договора страхования в силу.

Днем уплаты считается день поступления Страховой премии (взноса), определяемого датой выписки по банку, на счет или в кассу Страховщика, если иное не оговорено в Договоре страхования.

Факт уплаты Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами должен быть подтвержден квитанцией (Форма № А-7) или кассовым чеком Страховщика.

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

7.6. На каждого Застрахованного в течение семи рабочих дней после вступления Договора страхования в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования, оформляется Полис добровольного медицинского страхования.

Форма полиса - Приложение № 3.

В Полисе добровольного медицинского страхования указывается:

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

По усмотрению Страховщика в Полисе добровольного медицинского страхования могут быть указаны:

- место работы;
- наименование Страхователя;
- Страховая сумма;
- Страховая премия;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- Перечень медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;
- и другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

7.7. 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 в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

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

8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

8.1. Право Застрахованного на получение и оплату Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором страхования, наступает после вступления последнего в силу.

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

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

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

При обращении Застрахованного (его представителя) в Аптечную организацию по поводу получения лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, продуктов лечебного питания, минеральных вод, а также иных средств и предметов медицинского назначения, предъявляется: Полис добровольного медицинского страхования; паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (его представителя); рецепт установленной формы, выписанный врачом Медицинской организации, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях с информацией о ФИО Застрахованного, номере Полиса добровольного медицинского страхования, номере амбулаторной карты Застрахованного, с подписью и личной печатью лечащего врача, штампом Медицинской организации.

8.3. В соответствии с условиями Договора страхования Страховщик в счет Страховой суммы организывает оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Застрахованному и оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному.

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

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

В рамках настоящих Правил первичными документами признаются: счет-реестр медицинской помощи, оказанной застрахованным по договорам (полисам) добровольного медицинского страхования, справка для получения путевки, отрывной талон к санаторно-курортной путевке, копия обратного талона к санаторно-курортной карте и др.

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

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

Для получения Страхового возмещения Застрахованный может обратиться к Страховщику с целью возмещения понесенных затрат за оказанную Медицинскую помощь по Программе (Программам) добровольного медицинского страхования, если это предусмотрено Договором страхования. Выплата Страхового возмещения осуществляется по фактически

уплаченной сумме, но не выше установленной преискурантом Медицинской организацией на основании следующих документов:

- заявления на возмещение затраченных денежных средств;
- Договора страхования;
- паспорта Застрахованного;
- направления лечащего врача и/или выписки из первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни);
- документов, подтверждающих получение Застрахованным Медицинской помощи, с указанием наименования, количества, стоимости и даты оказания медицинских услуг, заверенных печатью и подписью уполномоченного лица Медицинской организации;
- документов подтверждающих факт оплаты оказанной Медицинской помощи.

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

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) 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 (Застрахованным) 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 потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии (взноса) соразмерно увеличению Страхового риска.

Если Страхователь (Застрахованный) 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 Застрахованного по Договору страхования.

10.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение 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;

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

10.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинской организацией;

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

в) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

10.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

10.2.1. Страхователь имеет право:

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

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

б) при коллективном страховании в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.4., п. 10.5. настоящих Правил;

в) расширить (уменьшить) список Застрахованных и/или перечень Программ добровольного медицинского страхования, и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы), при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

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

10.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику необходимые для заключения Договора страхования сведения, а также иную информацию, связанную с действием Договора страхования.

б) получить согласие Застрахованных на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования;

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

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

д) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

е) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

10.3. Права и обязанности Страховщика.

10.3.1. 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 потребовать 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 порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.3.2. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с Правилами путем вручения Страхователю одного экземпляра или размещения Правил на сайте страховой компании или другим доступным методом;

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

в) 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 затрат за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, в соответствии с п. 8.3. настоящих Правил;

г) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

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

10.4. 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 расторгается в порядке, предусмотренном в п.11.4. настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.5. 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 него. Замена Страхователем Застрахованного, названного 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 – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором страхования для его уплаты.

11.1.5. Нарушения 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 соответствующим свидетельством.

11.1.7. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

11.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями Договора страхования, а также по соглашению сторон.

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. Стороны о своем намерении досрочно прекратить Договор страхования уведомляют друг друга не менее чем за 10 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Порядок и условия осуществления Страховых выплат Медицинским и/или Аптечным и/или Иным организациям определяются договором, заключенным Страховщиком с Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией и п.8.3. настоящих Правил.

12.2. Порядок и условия осуществления Страховой выплаты Застрахованному в форме компенсации расходов, понесенных при получении Медицинской и/или Лекарственной помощи определяются Договором страхования, заключенным Страховщиком со Страхователем (Застрахованным) и п.8.3. настоящих Правил.

12.3. Страховщик производит Страховые выплаты в течение 15-ти рабочих дней после подписания Акта приема-сдачи выполненных работ Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией или предоставления Застрахованным Заявления на возмещение затраченных денежных средств и документов в соответствии с п. 8.3, настоящих Правил.

Акт приема-сдачи выполненных работ подписывается Страховщиком в течение 15-ти рабочих дней со дня получения всех документов необходимых для взаиморасчетов.

13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

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

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

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

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

13.1.4. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги получена (получены) не в период действия Договора страхования, 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.

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 не полные сведения имеющие значение для оценки страхового риска.

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

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

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

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

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

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

14. СТРАХОВАНИЕ В ВАЛЮТНОМ ЭКВИВАLENTE

14.1. В Договоре 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 ЦБ РФ на день наступления Страхового случая. Оплата Страховой премии (взноса) производится в валюте Российской Федерации по курсу ЦБ РФ на дату платежа.

15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

15.1. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных.

15.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных Застрахованным – действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается.

15.3. Действие Договора страхования (частично или полностью) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

15.4. Отзыв Застрахованным или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику Страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования, не подлежит возврату Страхователю.

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, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств).

18. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

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

18.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и настоящими Правилами.

18.3. 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 за свой счет.

18.4. Все неурегулированные споры между Субъектами добровольного медицинского страхования рассматриваются и разрешаются в суде.

Приложение 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования

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

№	Программа страхования	Тариф, %
1.	Комплексная программа страхования	1,6

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем расчете указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающую особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости. Обоснование факторов риска и размера применённых повышающих или понижающих коэффициентов производится Страховщиком при заключении договора страхования.

Страховщик вправе применить следующие повышающие или понижающие коэффициенты:

1. В зависимости от срока действия договора:

Срок действия договора в месяцах								
до 1-го	2	3	4	5	6	7	8	9-12
Процент от общего годового размера страховой премии								
20	30	40	50	60	70	80	90	100

При этом неполный месяц принимается за полный.

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

2. В зависимости от рода деятельности Застрахованного (понижающие от 0,7 до 0,99 и повышающие от 1,0 до 3,0).

3. В зависимости от количества Застрахованных (понижающие от 0,3 до 0,99 и повышающие от 1,0 до 3,0).

4. Включение в программы страхования «Иные услуги», «Медико-транспортные услуги», «Услуги по репатриации» оказываемые Иными организациями (повышающие от 1,0 до 3,5).

5. В зависимости от уровня убыточности в предыдущие периоды страхования при пролонгации договоров (понижающие от 0,7 до 0,99 и повышающие от 1,0 до 3,0).

Приложение 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования

**В ООО «Страховая компания
«АК БАРС-Мед»**

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ _____ - _____ - _____

на добровольное медицинское страхование

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

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

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

Место заключения договора коллективного добровольного медицинского страхования:

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, и Порядком организации, обращения и оказания медицинской и/или лекарственной помощи и/или иные услуги, ознакомлен.

Экземпляр Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г. получил.

Руководитель предприятия

(подпись)

М.П.

«_____» _____ 20__ г.

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

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

Полис ДМС № _____

Застрахованный(ая): _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Место работы: _____

Срок действия: _____

Страховая сумма: _____

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: _____

Представитель Страховщика_____
(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

ДОГОВОР
коллективного добровольного медицинского страхования

_____ (наименование организации)

№ _____ - _____ - _____

г. _____

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,
в дальнейшем именуемое **«Страховщик»**, имеющее лицензию
_____, выданную _____,
(наименование органа, выдавшего лицензию)

в лице _____, действующего на основании _____,
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо), с одной стороны, и

_____ (наименование организации)

в дальнейшем именуемое **«Страхователь»**, в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

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

с другой стороны, заключили настоящий Договор коллективного добровольного медицинского страхования (в дальнейшем по тексту – Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий Договор страхования заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования _____ № ___ от «___» _____ г. (в дальнейшем по тексту – Правила страхования), положения которых являются обязательными для обеих Сторон. При расхождении положений настоящего Договора страхования с положениями Правил страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования.

1.2. Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с затратами на получение медицинских и иных услуг при возникновении страхового случая.

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

1.4. Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской помощи, оказываемой лицам, включенным в предоставленные Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления на добровольное медицинское страхование № _____ от «___» _____ г.

1.5. Объем Медицинской помощи, оказываемой Застрахованным, определяется Программой добровольного медицинского страхования прилагаемой к Договору страхования, и являющейся его неотъемлемой частью (Приложение № 1).

1.6. Медицинская помощь в рамках Программы добровольного медицинского страхования, оказывается Застрахованным в Медицинских организациях, указанных в Перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования (Приложение № 2). При необходимости оказания Медицинской помощи в других Медицинских организациях, имеющих договорные отношения со Страховщиком необходимо его письменное согласие подтвержденное направлением.

1.7. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора страхования составляет _____ (_____) человек.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, подробного адреса места жительства, даты рождения, и страховой суммы каждого из них является Приложением № 3 к Договору страхования.

1.8. В случае необходимости внесения изменений в списки Застрахованных лиц (принятие на страхование, снятие со страхования, замена Застрахованных лиц) Страхователь предоставляет в письменном виде Страховщику сведения об исключаемых из списка и включаемых в него за 5 (Пять) рабочих дней до предполагаемых изменений. Все изменения оформляются Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

1.8.1. Страховые полисы и оформленное в письменном виде согласие Застрахованных лиц на их замену другими лицами по настоящему Договору страхования (на основании требований пункта 2 статьи 955 Гражданского кодекса РФ), передаются Страховщику в момент предоставления сведений об исключаемых из списка Застрахованных лиц в соответствии с п. 1.8. настоящего Договора страхования.

1.9. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц производится два раза (1-го и 15-го числа текущего месяца) в месяц и оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

2. Страховая сумма. Размер, сроки и порядок внесения страховой премии.

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

2.2. Страховой тариф по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет _____ % от Страховой суммы.

2.3. Общая страховая премия по настоящему Договору страхования составляет _____ рублей (_____), НДС не облагается (ст. 149 НК РФ).

2.4 Общая страховая премия уплачивается Страхователем путем перечисления на расчетный счет Страховщика:

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

/единовременным платежом в срок по «__» _____ г;

/в рассрочку по следующему графику:

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

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

2.5. В случае если Страхователь не уплатил страховую премию или первый страховой взнос в срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу. В случае просрочки уплаты очередного (второго и последующих) страхового взноса Страховщик вправе в одностороннем порядке приостановить исполнения обязательства по договору страхования, вплоть до уплаты страхового взноса, уведомив Страхователя о данном решении.

2.6. Страховая премия (страховой взнос) по настоящему Договору страхования считается оплаченной после поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

2.7. Страховщик несет ответственность в пределах Страховой суммы, в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования «_____». Индивидуальные Страховые суммы на каждого Застрахованного указываются в списке Застрахованных (Приложение № 3) и в страховом полисе.

3. Срок действия договора

3.1. Договор страхования вступает в силу _____.

3.2. Страховыми случаями по настоящему Договору страхования признаются страховые события, произошедшие в период _____.

3.3. Срок страхования в отношении конкретного Застрахованного лица определяется выданным ему страховым полисом, но не может превышать срок действия настоящего Договора страхования.

4. Права и Обязанности Сторон

4.1. Страхователь имеет право:

4.1.1. выбирать программы страхования в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные организации, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

4.1.2. по согласованию со Страховщиком изменять перечень страховых рисков, программ страхования, медицинских и иных организаций, изменять программы страхования, размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии.

4.1.3. вносить изменения в список Застрахованных лиц путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

4.1.4. осуществлять замену Программы страхования Застрахованного лица из числа предусмотренных Договором Страхования.

4.1.5. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

4.2. Страхователь обязан:

4.2.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

4.2.2. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, Правилах и программах страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

4.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;

4.2.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

4.2.5. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

4.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

4.2.7. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на

использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные организации с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.

4.3. Страховщик имеет право:

4.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий Правил и настоящего Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае, если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

4.3.2. при заключении Договора страхования потребовать заполнения Страхователем (Застрахованным лицом) анкет и/или проведения предварительного медицинского освидетельствования;

4.3.3. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных организаций соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика с согласия Страхователя (Застрахованного);

4.3.4. в течение 30 календарных дней, предшествующих дате истечения срока действия настоящего Договора, Страховщик вправе любым доступным способом известить Страхователя или его уполномоченное лицо о дате окончания срока действия настоящего Договора и об условиях заключения договора страхования на новый срок.

4.3.5. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные организации с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования.

4.4. Страховщик обязан:

4.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

4.4.2. выдать Застрахованным лицам через Страхователя страховые полисы, при необходимости пропуска в медицинские организации в течение 7 (Семи) рабочих дней с даты подписания договора.

4.4.3. организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Договором страхования;

4.4.4. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования;

4.4.5. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

4.4.6. соблюдать тайну страхования;

4.4.7. по запросу Страхователя Страховщик предоставляет всю необходимую статистическую и отчетную информацию об оказании медицинских услуг застрахованным по договору ДМС;

4.4.8. обеспечить обработку, хранение и передачу полученных персональных данных в соответствии с требованиями Закона РФ от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

4.5. Застрахованное лицо имеет право:

4.5.1. получать услуги в соответствии с программой страхования;

4.5.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям Договора страхования, о порядке предоставления медицинских и иных услуг;

4.5.3. выбирать любую медицинскую и иную организацию из числа указанных в программе страхования;

4.5.4. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

4.5.5. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

4.6. Застрахованное лицо обязан:

4.6.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными организациями;

4.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

4.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);

4.6.4. предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования;

4.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

4.7. Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных лиц в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют, в соответствии с законодательством РФ, их законные представители.

5. Ответственность Сторон

5.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора страхования.

5.2. Страховщик не несет ответственность в случаях нарушения Застрахованным лицом установленного в медицинской организации порядка;

5.3. Страховщик освобождается от оплаты полученных Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, если они:

- не предусмотрены Договором страхования;
- получены в медицинской и/или иной организации, не предусмотренном в Договоре страхования, кроме случаев, когда получение медицинских и иных услуг на базе данных медицинских и/или иных организаций было письменно согласовано со Страховщиком;
- являются по характеру экспериментальными или исследовательскими.

5.4. Во всех случаях Страховщик не оплачивает медицинские и/или иные услуги, которые были оказаны по желанию Застрахованного лица, но вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

6. Прекращение действия договора

6.1. 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.

6.2. О намерении досрочного расторжения Договора страхования сторона-инициатор расторжения, обязана уведомить другую не менее чем за 30 (Тридцать) дней до предполагаемой даты расторжения.

6.3. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования страховые полисы возвращаются Страховщику в течение 3-х рабочих дней.

6.4. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору страхования:

6.4.1. при истечении срока действия Договора страхования;

6.4.2. в случае смерти Застрахованного лица (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного лица) – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если Договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

6.4.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если Договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

6.4.4. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;

6.4.5. по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

6.4.6. по соглашению Сторон;

6.4.7. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7. Форс-мажорные обстоятельства

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому Договору страхования становится невозможным.

7.2. Сторона, для которой сложилась такая невозможность исполнения обязательств по настоящему Договору страхования, обязана в течение семи дней письменно известить другую сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями.

8. Особые условия

8.1. Представляемая сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора страхования, сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении будут считаться конфиденциальной информацией.

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

9. Порядок урегулирования споров

9.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

9.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.

10. Прочие положения

10.1. Приложения к настоящему Договору страхования являются его неотъемлемой частью.

10.2. 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 или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным адресам местонахождения сторон.

10.3. Изменения и дополнения в настоящий Договор страхования могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме. Каждая из сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку Списка Застрахованных (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.

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

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

11. Адреса местонахождения, реквизиты и подписи Сторон

Страховщик

Страхователь

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.

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

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

 (наименование организации)

 (должность уполномоченного лица)

 (должность уполномоченного лица)

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

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

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования
«Комплексная программа страхования»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их, в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой медицинской помощи:

1. Амбулаторная помощь:

1.1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей и иных медицинских работников следующих специальностей (по медицинским показаниям): аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог, инфекционист, кардиолог, невролог, травматолог-ортопед (только по медицинским показаниям, после несчастного случая (травмы), произошедшего в период действия договора страхования), отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, терапевт, травматолог, уролог, хирург, эндокринолог, маммолог, нефролог, сердечно-сосудистый хирург, физиотерапевт, вертеброневролог.

1.2. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования, биохимические исследования, бактериологические исследования, иммунно-серологические исследования, цитологические исследования.

1.3. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика (в том числе рентгеновская компьютерная томография); ядерно-магнитно-резонансные исследования эндоскопические методы исследования.

1.4. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплолечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК.

1.5. Экспертиза временной потери трудоспособности. Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам.

1.6. Динамическое наблюдение лечащего врача.

1.7. Вызов врача и медицинской сестры на дом.

1.8. Лечение в дневном стационаре.

1.9. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук.

1.10. Иммунопрофилактика инфекционных, вирусных заболеваний по медицинским показаниям.

1.11. Проведение медицинского осмотра застрахованных.

2. Стационарная помощь:

2.1. Плановая и неотложная госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и лечения в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических;

гношной хирургии; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических.

2.2. Лечение в круглосуточном стационаре.

2.3. Реанимационные мероприятия, лечение в отделении интенсивной терапии по показаниям.

2.4. Ведение палатным врачом, необходимые консультации специалистов по профилю заболевания.

2.5. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования, биохимические исследования, бактериологические исследования, иммунно-серологические исследования, цитологические исследования.

2.6. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика (в том числе рентгеновская компьютерная томография); ядерно-магнитно-резонансные исследования эндоскопические методы исследования.

2.7. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплолечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК.

2.8. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук.

3. Стоматологическая помощь:

3.1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей-стоматологов следующих специальностей: терапевт, хирург, парадонтолог.

3.2. Терапевтическое и хирургическое лечение стоматологических заболеваний в соответствии с медицинскими показаниями, в т.ч. с использованием светоотверждаемых материалов и материалов химического отверждения, нижеперечисленных нозологических форм (по международной классификации болезней 10 пересмотра):

1. Кариеса:

2. Дентина (К 02.1)

3. Цементы (К 02.2)

4. Другого и неуточненного (К 02.8, К 02.9)

5. Чувствительного дентина (К 03.8)

6. Пульпита (К 04.0)

7. Некроза пульпы (К 04.1)

8. Острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (К 04.4)

9. Периапикального абсцесса с полостью (К 04.6)

10. Периапикального абсцесса без полости (К 04.7)

11. Острого гингивита (К 05.0)

12. Острого периокоронита (К 05.2)

13. Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой (К 06.2)

14. Синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (К 07.6)

15. Альвеолярного остеоита (К 10.3)

16. Сиалоаденита (К 11.2)

17. Стоматита (К 12)

18. Болезней губ (К 13.0)

19. Глоссита (К14.0, К 14.2)

20. Растяжение и перенапряжение сустава (связок) челюсти (S.03.4)

3.4. Анестезиологические мероприятия.

3.3. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

3.5. Физиотерапевтическое лечение, проводимое по медицинским показаниям.

II. Ограничения страхового покрытия:

- Диагностические, инструментальные, лабораторные исследования при стационарном лечении проводятся в рамках стандартов оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии;
- Углубленные методы диагностики предоставляются строго по медицинским показаниям:
 - без согласования со Страховщиком: гормональные исследования крови (не более 5-ти показателей за период страхования);
 - при обязательном письменном согласовании со Страховщиком: рентгеновская компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансные исследования, определение иммунологического статуса.
- Курсы физиотерапевтического лечения (электро-, свето-, теплолечение, ингаляции а так же иные физиотерапевтические методы лечения) предоставляются строго по медицинским показаниям и суммарно не более 10 процедур за период страхования;
- Курс классического лечебного массажа предоставляется строго по медицинским показаниям, не более 10 процедур за период страхования (не более двух смежных зон);
- Диагностика инфекций, передающихся половым путем, методом ПЦР производится не более чем по 5 показателям за период страхования;
- Определение маркеров онкологических заболеваний производится не более чем по 3 маркерам за период страхования;

III. Исключения из страхового покрытия:

- 1) Осмотры и консультации врачей-специалистов, не перечисленных в программе страхования, в том числе онколога, психоаналитика, психиатра, нарколога генетика, логопеда, диетолога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;
- 2) Медицинский уход на дому;
- 3) Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;
- 4) Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);
- 5) Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;
- 6) Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, Су-Джок терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;
- 7) Методы традиционной диагностики и лечения: акупунктурная диагностика, иглорефлексотерапия, гирудотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, профилактический массаж, солярий, водолечение, сауна, альфа-капсула, занятия на тренажерах, и т.д.;
- 8) Экстракорпоральные методы лечения (лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр.), программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация, ударно-волновая терапия, усиленная наружная контрпульсация;
- 9) Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения, удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), за исключением воспаленных или травмированных элементов;
- 10) Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате травмы (несчастливого случая); лечение косоглазия, лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;
- 11) Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики), в том числе

лечение объемных образований центральной нервной системы независимо от характера новообразования;

12) Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);

13) Лечение особо опасных инфекций;

14) Лечение туберкулеза, орфанных заболеваний; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С, D и E (кроме первичной диагностики);

15) Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;

16) Лечение психических заболеваний, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;

17) Лечение травм и соматических состояний, вызванных алкогольным опьянением.

18) Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; острой и хронической лучевой болезни;

19) Зубопротезирование; подготовка к зубопротезированию – удаление и депульпирование интактных зубов и установка анкерных штифтов; имплантация;

20) Лечение хронического пародонтита;

21) Профилактическое снятие зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению; замена старых пломб без медицинских показаний (с косметической или профилактической целью); санация полости рта (в том числе покрытие зубов фторлаком (кроме зубов, подлежащих лечению) и профилактическая чистка зубов); косметология в стоматологии;

22) Лечение у ортодонта (кроме лечения последствия травм, произошедших в период действия договора страхования);

23) Фторэлектрофорез;

24) Восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба;

25) Хирургическое лечение заболеваний пародонта, в том числе проведение лоскутных операций, запечатывание фиссур герметиком, использование термофилов, коффердама;

26) Цистэктомия, резекция верхушки корня зуба, лечение слюнных желез;

27) Лечение заболеваний слизистой полости рта;

28) Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;

29) Услуги по планированию семьи, подбор методов контрацепции, в том числе введение и удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностики и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения, аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или по медицинским показаниям);

30) Лечение сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме первичной диагностики) и его осложнений;

31) Медицинские услуги при беременности и ее осложнениях, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов, родовспоможение;

32) Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений;

33) Лечение системных заболеваний соединительной ткани;

34) Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;

35) Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;

36) Лекарственное обеспечение;

37) Расходы на медицинские оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, приведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходные материалы – стенты, сосудистые протезы, кава-фильтры и др., а так же других коррегирующих медицинских устройств, приспособлений, включая расходы на их подгонку;

38) Экстренная медицинская помощь;

39) Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.