



**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)**

**УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО Страховой Компании «Гелиос»
от 18.06.2021 № 51**

**Временно исполняющий обязанности
генерального директора**

Чистяков Вячеслав Валентинович



Правила страхования подлежат применению с 18.06.2021

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГРАЖДАН**

**МОСКВА
2021**

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	7
3.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	8
4.	СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	9
5.	СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА	12
6.	ФРАНШИЗА.....	13
7.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ.....	13
8.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	16
9.	ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.....	27
10.	СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	30
11.	ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА	32
12.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	32
13.	ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	36
14.	ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	37
15.	ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	39
16.	ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО.....	40
ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН.....		41
№ 1.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ».....	42
№ 2.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	43
№ 3.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ».....	45
№ 4.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ».....	46

№ 5.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА»	49
№ 6.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»	49
№ 7.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВКЛЮЧАЯ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ СО СТАЦИОНАРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ».....	49
№ 8.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ» (ВКЛЮЧАЯ ОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ).....	51
№ 9.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ САНАТОРНО- КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)»	52
№ 10.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛИЧНЫЙ ВРАЧ».....	54
№ 11.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВРАЧ ОФИСА»	54
№ 12.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ»	55
№ 13.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»	60
№ 14.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДЕТИ»	61
№ 15.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»	65
№ 16.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АНТИКЛЕЩ»	67
№ 17.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ И РЕПАТРИАЦИЯ»	69
№ 18.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ГОСТЕВОЙ ПОЛИС»	72
№ 19.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»	76

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила добровольного медицинского страхования граждан (далее – Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования, и содержат общие условия страхования, на основании которых Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования граждан (далее – договоры страхования), и определяют порядок осуществления добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Организация взаимодействия и регулирование отношений между участниками договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, осуществляется в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации (утв. Решением Комитета финансового надзора Банка России, протокол от 09.08.2018 № КФНП-24), Базовым стандартом совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 09.08.2018 № КФНП-24), Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

1.3. В случае изменения действующего законодательства, нормативных документов органа страхового надзора и/или саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, регулирующих настоящие Правила, Страховщик руководствуется в своей деятельности указанными изменениями в законодательстве и нормативных документах органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, до внесения изменений в настоящие Правила или издания их в новой редакции. Настоящий документ действует в части, не противоречащей действующему законодательству, нормативным документам органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации.

1.4. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к следующим видам:

- медицинское страхование;
- страхование финансовых рисков.

1.5. Добровольное медицинское страхование граждан осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования граждан (Приложение № 1 к настоящим Правилам) и обеспечивает гражданам в соответствии с настоящими Правилами и договором добровольного медицинского страхования граждан (далее – договор страхования) получение медицинских и иных услуг.

1.6. В рамках добровольного медицинского страхования медицинская организация или сервисное учреждение (ассистанс) оказывает Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, а Страховщик оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, которые включены в программу добровольного медицинского страхования граждан (далее – Программа страхования).

1.7. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями.

Термины, наименования и понятия, указанные в настоящем пункте Правил, несут одинаковое смысловое значение по всему тексту настоящих Правил и приложений к ним, и понимаются следующим образом:

1.7.1. **Медицинская организация** – юридическое лицо, независимо от его организационно-правовой формы, или индивидуальный предприниматель, осуществляющее(-щий) в качестве основного (уставного) или дополнительного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.7.2. **Программа страхования** (Программа добровольного медицинского страхования граждан) – перечень и порядок оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в рамках договора страхования.

Полный перечень медицинских и иных услуг определяется конкретной Программой страхования

1.7.3. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья Застрахованных лиц, и включающих в себя предоставление медицинских услуг в очном и / или дистанционном формате (телемедицина) в рамках договора страхования, устанавливаемый в соответствии с Программой страхования, и включающий в себя медицинские и иные услуги.

1.7.4. **Медицинские услуги** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний и имеющих самостоятельное законченное значение, в том числе включая:

- медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
- обеспечение лекарственными средствами и/или изделиями медицинского назначения;
- медицинские осмотры и диспансеризацию.

1.7.5. **Иные услуги** – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Застрахованному лицу медицинской помощи Страховщиком и (или) сервисной организацией при наступлении страхового случая и включенные в Программу страхования, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь и др), телемедицина, услуги психолога, услуги логопеда и др.; питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских организациях и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги, в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного лица и его несовершеннолетних детей.

1.7.6. **Телемедицина** – комплекс организационных, технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование системы предоставления дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой Застрахованное лицо получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

1.7.7. **Страховой продукт** – типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил по одному или нескольким видам страхования, и предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора страхования) с определенной категорией Страхователей (Застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.7.8. **Маркетинговые наименования** – наименование страховых продуктов (программ страхования) или отдельных групп единообразных договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил.

1.7.9. **Страховая защита** (далее по тексту также – **страхование**) – обязательство Страховщика выплатить надлежащему лицу страховое обеспечение по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в течение установленного договором страхования периода ответственности Страховщика.

Страховая защита действует в течение периода ответственности Страховщика в том объеме, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией.

1.7.10. **Страховое покрытие** (далее по тексту также – **объем страховой защиты**) – объем обязательств Страховщика по выплате страхового обеспечения, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией, по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в период ответственности Страховщика.

1.7.11. **Страховое обеспечение** (далее по тексту также – **страховая выплата**) – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая.

1.7.12. **Срок страхования** – период времени, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и договором страхования.

Срок страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования и определяется как разница дат начала и окончания срока страхования, указанных в договоре страхования.

1.7.13. **Период действия договора страхования** – отрезок времени от момента вступления в силу договора страхования до момента окончания данного договора страхования (окончания срока страхования).

1.7.14. **Период ответственности Страховщика** (далее по тексту также – **период действия страховой защиты, период действия страхового покрытия**) – период времени, в течение которого наступившие события из числа указанных в договоре страхования в качестве страховых рисков, являются событиями, имеющими признаки страхового случая.

1.7.15. **Период ожидания** – период времени, предусмотренный договором страхования, в течение которого документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами не является страховым случаем.

Период ожидания может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным рискам, Программам страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены следующие периоды ожидания:

1.7.15.1. **Отсроченный период** – период времени от момента начала срока страхования до момента вступления договора страхования в силу;

1.7.15.2. **Выжидательный период** – период времени от момента вступления договора страхования в силу до момента начала периода ответственности Страховщика;

1.7.15.3. **Отлагательный период** – период времени, отсчёт которого начинается со дня наступления определенного события, истечение которого (периода) является одним из условий признания данного события страховым случаем.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные периоды ожидания.

1.7.16. **Договор индивидуального страхования** – договор страхования, заключенный в отношении единственного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, являющихся членами одной семьи.

1.7.17. **Договор коллективного страхования** – договор страхования, заключенный в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении договора страхования.

1.7.18. **Страховой сертификат** – документ, выдаваемый Страховщиком Застрахованному лицу в подтверждение факта существования коллективного договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

1.7.19. **Полномочный представитель** – лицо, которое в силу закона и/или учредительных документов юридического лица, соответствующей доверенности действует от имени и в интересах представляемого лица.

1.7.20. **Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и (или) Выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

1.8. Определения терминов и понятий, изложенные в настоящих Правилах, распространяются и на соответствующие термины и понятия, используемые в договоре страхования, заключаемом на основании настоящих Правил.

1.9. В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в определения, перечисленные в п. 1.7 настоящих Правил, а также в те определения, содержание которых раскрывается в различных разделах текста настоящих Правил, – в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.10. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами или договором страхования и не может быть определено, исходя из действующего законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то значение

такого термина или понятия определяется в соответствии с его общепринятым лексическим значением.

1.11. Страхование осуществляется в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.12. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении.

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

2.2. Сторонами договора страхования являются Страхователь и Страховщик.

2.3. Участниками добровольного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами являются медицинские организации, сервисные учреждения (ассистанс) или иные аналогичные учреждения.

2.4. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию (номер в Едином реестре субъектов страхового дела 397), и получившее лицензии на осуществление соответствующих видов деятельности (лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни, и лицензии на осуществление добровольного имущественного страхования) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные штатные работники Страховщика, директора и работники его филиалов и иных обособленных подразделений, а также уполномоченные страховые агенты (юридические лица и физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели) и страховые брокеры (юридические лица – коммерческие организации, индивидуальные предприниматели), действующие в пределах их полномочий на основании соответствующих доверенностей, выданных Страховщиком.

Сайт Страховщика – официальный сайт ООО Страховой Компании «Гелиос» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.skgelios.ru.

2.5. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.6. **Застрахованные лица** – физические лица, в отношении которых заключаются договоры страхования.

При этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры страхования в свою пользу, являются одновременно Застрахованными лицами.

2.7. Застрахованным лицом, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.8. Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования какое-либо (какие-либо) из следующих заболеваний (состояний):

2.8.1. Психические расстройства и расстройства поведения;

2.8.2. Злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.8.3. Туберкулез;

2.8.4. Заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

2.8.5. Системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

2.8.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечная или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

2.8.7. Хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.8.8. Инвалидность (кроме III группы)

может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт настоящих Правил.

2.9. При страховании лиц, указанных в п. 2.8 настоящих Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию или иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в п. 2.8 настоящих Правил, и связанным с ними осложнениям.

2.10. Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

2.10.1. Особо опасные инфекционные заболевания¹, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия, лихорадка Западного Нила, Крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Денге, менингококковая инфекция, лихорадка Рифт-Валл;

2.10.2. ВИЧ-инфекция, СПИД;

2.10.3. Наркологические заболевания.

2.11. **Выгодоприобретатели** – физические лица, в пользу которых заключен договор страхования.

2.11.1. Выгодоприобретателем по медицинскому страхованию является Застрахованное лицо.

2.11.2. Выгодоприобретателем по страхованию финансового риска является Страхователь (Застрахованное лицо).

2.12. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинской организацией, сервисным учреждением (ассистанс) или иным аналогичным учреждением определяются договором на предоставление медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию граждан, и иных услуг, включая организацию и осуществление посмертной репатриации тела, по которому медицинская организация, сервисное учреждение (ассистанс) или иное аналогичное учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинские и иные услуги определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программ страхования. При этом указанный договор может содержать: наименование сторон; численность Застрахованных лиц; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); перечень иных услуг, в том числе связанных с осуществлением посмертной репатриации тела; стоимость работ, услуг и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинских и иных услуг, и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются:

3.1.1. Имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица,

¹ В соответствии с Методическими указаниями «МУ 3.4.2552-09. 3.4. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.).

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3.1.2. Имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов Страхователя (Застрахованного лица) в связи с оплатой организации медико-транспортных и иных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного лица или его трупа.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию, сервисное или иное учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования, для оказания в связи с этим Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

4.3. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3.1. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу страхования, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Услуги предоставляются Застрахованному лицу в соответствии с предусмотренной договором страхования Программой страхования, кроме событий, указанных в п.п. 2.9, 4.7 – 4.14 настоящих Правил, а также с учетом исключений, предусмотренных Программой страхования.

4.3.2. В случае если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Услуги предоставляются Застрахованному лицу в соответствии с предусмотренной договором страхования Программой страхования, кроме событий, указанных в п.п. 2.9, 4.7 – 4.14 настоящих Правил, а также с учетом исключений, предусмотренных Программой страхования.

4.3.3. В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного лица непредвиденных расходов, предусмотренных Программой страхования и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного лица или его трупа.

Объем медико-транспортных услуг, оказываемых Застрахованному лицу медицинской организацией и иным учреждением, и оплачиваемых Страховщиком по договору

страхования, определяется выбранной Программой страхования, с учетом ограничений, указанных в п.п. 2.9, 4.7 – 4.14 настоящих Правил, а также с учетом исключений, предусмотренных Программой страхования.

4.4. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному лицу страховой защиты в объеме следующих Программ страхования:

- № 1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- № 2. «Скорая медицинская помощь»;
- № 3. «Стоматология»;
- № 4. «Стационарная медицинская помощь»;
- № 5. «Лекарственные средства»;
- № 6. «Вакцинация»;
- № 7. «Дородовое наблюдение беременных женщин, включая наблюдение беременности с патологией со стационарным лечением»;
- № 8. «Родовспоможение» (включая осложненные роды с кесаревым сечением);
- № 9. «Реабилитационно-восстановительное лечение (включая санаторно-курортное лечение)»;
- № 10. «Личный врач»;
- № 11. «Врач офиса»;
- № 12. «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»;
- № 13. «Профилактика заболеваний»;
- № 14. «Дети»;
- № 15. «Комплексная программа добровольного медицинского страхования»;
- № 16. «Антиклещ»;
- № 17. «Медико-транспортные услуги и репатриация»;
- № 18. «Гостевой полис»;
- № 19. «Телемедицина».

При страховании риска непредвиденных расходов, Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного лица в объеме, определенном договором страхования.

4.5. При заключении договора страхования на основании настоящих Правил Страховщик и Страхователь при условии применения к базовому страховому тарифу соответствующих поправочных коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи или иных услуг в рамках Программы страхования путем дополнения или изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи и иных услуг, включаемых в конкретную Программу страхования, и о наименовании конкретной Программы страхования, в которой отражены вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг.

4.6. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованное лицо (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.8, 2.10 настоящих Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного лица, согласно п. 1 ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации и / или обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.7. Не является страховым случаем документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком за получением медицинской помощи и/или иных услуг:

4.7.1. В связи с покушением на самоубийство или самоубийством, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.7.2. В связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

4.7.3. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

4.7.4. В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

4.8. Не является страховым случаем документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком за получением медицинской помощи и/или иных услуг по поводу лечения впервые в течение срока страхования диагностированного заболевания (состояния) из числа указанных в п.п. 2.8, 2.10 настоящих Правил, или его осложнений. После постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п.п. 2.8, 2.10 настоящих Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного лица, согласно п. 1 ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.8.1. Для целей реализации процедуры прекращения действия договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Правил Страховщик имеет право в договорах с лечебными учреждениями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п.п. 2.8, 2.10 настоящих Правил.

4.8.2. После получения информации о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п.п. 2.8, 2.10 настоящих Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного лица, содержащее ссылку на п. 4.8 настоящих Правил и указание на сумму страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате) в соответствии с условиями п.п. 4.8.3 – 4.8.5 настоящих Правил.

4.8.3. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного лица, указанного в п. 4.8 настоящих Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Страхователь обязан уведомить Застрахованное лицо о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

4.8.4. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного лица, вернуть Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного лица, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного лица.

4.8.5. В том случае, если после момента прекращения договора страхования, как это определено в настоящем пункте Правил, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного лица в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования в соответствии с изложенным в п.п. 4.8.2 – 4.8.3 настоящих Правил.

4.9. Не является страховым случаем лечение венерических заболеваний, наркологическая помощь, лечение заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения; кроме того, в отношении инвалидов – лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности.

4.10. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования и/или Программой страхования, Страховщик не оплачивает лечение заболеваний (состояний), явившихся следствием сахарного диабета (ангиопатии, нефропатии, ретинопатии и проч.), беременности и патологии беременности, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; косметологическое лечение, все виды протезирования.

4.11. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- 4.11.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4.11.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 4.11.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.12. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не указанных в договоре страхования (страховом полисе), за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинской организации, не предусмотренной в договоре страхования, но обращение в которую согласовано (в письменном виде) и/или организовано Страховщиком.

4.13. Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованное лицо получило медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинской организацией (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

4.14. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию или иное учреждение по событиям, указанным в Программе страхования как исключения.

4.15. Перечень исключений из страхового покрытия может быть дополнен в договоре страхования и/или Программе страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

5.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором страхования условий страхования (предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских учреждениях на медицинские услуги.

5.3. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного лица.

5.4. В медицинской организации могут быть предусмотрены сервисные услуги, их перечень устанавливается индивидуально в каждой медицинской организации. Это может быть: одно-двух местная палата, телевизор, телефон, дополнительное питание, индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинской организации. Поэтому договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному лицу таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и возрастание страховой суммы.

При включении в договор страхования (конкретную Программу страхования) условия о предоставлении Застрахованному лицу конкретных сервисных услуг, Страховщик применяет к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению № 2 к настоящим Правилам. Страховая сумма по соглашению сторон соответственно увеличивается на стоимость сервисных услуг, включаемых в Программу страхования, в соответствии с действующим в медицинской организации прейскурантом цен на данные сервисные услуги.

5.5. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить (увеличить) страховую сумму, перечень медицинских услуг (Программы страхования), а также поменять медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с уплатой дополнительной страховой премии. В этом случае расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, предусмотренном подпунктами а) – в) пункта 7.11 настоящих Правил.

5.6. При заключении договора страхования по нескольким Программам страхования страховая сумма устанавливается отдельно по каждой Программе страхования, Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой Программе страхования.

5.7. Договором страхования может быть предусмотрен лимит ответственности Страховщика (сублимит страховой суммы) – максимальный размер страховой выплаты, которая может быть выплачена в пределах страховой суммы.

Лимит ответственности Страховщика (сублимит страховой суммы) может быть установлен, к примеру:

- по отдельным заболеваниям (состояниям),
- отдельным видам медицинской помощи и иных услуг, в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности, и т.д.

5.8. Лимитом возмещения Страховщика является установленный в договоре страхования предельный размер страховой выплаты, при достижении которого договор страхования (полностью либо в соответствующей части) прекращает свое действие, если действие договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и (или) договором страхования.

5.9. На основании настоящих Правил договоры страхования заключаются с условием агрегатного лимита возмещения Страховщика.

Агрегатный лимит возмещения – условие страхования, при котором страховая сумма является совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим в период действия страховой защиты.

Договор страхования с агрегатным лимитом возмещения Страховщика считается исполненным полностью либо в соответствующей части и, соответственно, полностью либо в соответствующей части прекращает свое действие с момента выплаты суммарного страхового возмещения в размере, эквивалентном размеру страховой суммы.

5.10. Страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации.

6. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования может быть установлена франшиза.

6.2. **Франшиза** – предусмотренная договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), устанавливаемая в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

6.3. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

6.4. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в договоре страхования установлена франшиза и указан ее размер, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

6.5. Франшиза может быть установлена как отдельно по каждому страховому риску, включенному в договор страхования, так и по нескольким страховым рискам в совокупности.

6.6. Франшиза действует по каждому страховому случаю. Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете страховой выплаты по каждому страховому случаю.

6.7. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок применения франшизы.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ.

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования (страховая премия получается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму).

7.2. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

7.3. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой Программе страхования базовые страховые тарифы, поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты к ним (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

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 в соответствии с условиями страхования.

Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых страховых тарифах, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения степени страхового риска и учета особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым страховым тарифам поправочные (повышающие и понижающие) коэффициенты в диапазонах применения, указанных в Приложении № 2 к настоящим Правилам.

Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком после изучения и оценки им информации и документов, представленных Страхователем, результатов медицинского обследования (если оно производилось), а также с учетом следующих факторов: пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного лица, профессии (рода деятельности) Застрахованного лица, а также рода его увлечений и способов проведения досуга, общего количества лиц, принимаемых на страхование по договору страхования (при коллективном страховании), перечня медицинских услуг, включаемых в Программу страхования, ценовой категории медицинской организации или иного учреждения, оснащения медицинской организации высокотехнологичным медицинским оборудованием (Приложение № 2 к настоящими Правилам).

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического (статистического) обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении № 2 к настоящим Правилам, определены на основе анализа практической деятельности ряда страховых организаций по рисковому видам страхования и, в частности, добровольному медицинскому страхованию, а также с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

7.4. При заключении договора страхования по нескольким Программам страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования Программ страхования. Страховая премия определяется путем умножения страхового тарифа на страховую сумму.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько Программ страхования, определяется путем суммирования страховых премий по этим Программам страхования.

7.5. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 (одного) года (краткосрочный договор страхования), страховая премия рассчитывается в соответствии с коэффициентами краткосрочности, указанными в Таблице 1, если иной порядок расчета не указан в договоре страхования.

Таблица 1

Срок действия договора страхования не более										
1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент краткосрочности										
0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

7.6. По договору страхования, заключенному на срок более 1 (одного) года (долгосрочный договор страхования), если иной порядок расчета не указан в договоре страхования, к страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется путем деления продолжительности срока страхования, исчисленной в месяцах, на 12. При этом неполный месяц страхования считается за полный.

7.7. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку. Конкретные сроки уплаты определяются сторонами в договоре страхования.

Страховая премия уплачивается наличными деньгами в кассу Страховщика или путем передачи представителю (страховому агенту) Страховщика либо путем безналичных расчетов.

7.8. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в течение 5 (пяти) рабочих дней после подписания договора страхования, или в иной срок, согласованный сторонами.

Днем (моментом) уплаты страховой премии (взноса) считается:

– при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

– при уплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (страховому агенту) страховой компании.

7.9. Если договором страхования не предусмотрено иное, то при неуплате или уплате не в полном объеме суммы страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся, а полученные в счет страховой премии денежные средства возвращаются Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

7.10. В случае неуплаты очередного страхового взноса в срок, установленный в договоре страхования, Страховщик в одностороннем внесудебном порядке расторгает указанный договор страхования (отказывается от исполнения договора страхования в одностороннем порядке согласно ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации). В этом случае договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен быть уплачен.

Уплата части страхового взноса (уплата очередного страхового взноса в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования) не принимается Страховщиком как уплата страхового взноса согласно статье 311 Гражданского кодекса Российской Федерации.

О расторжении договора страхования из-за неуплаты очередного страхового взноса Страховщик письменно уведомляет Страхователя с соблюдением положений раздела 14 настоящих Правил.

При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора страхования.

В случае уплаты страховой премии (страхового взноса) после досрочного прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты прекращения договора страхования возвращаются Страхователю за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение 10 (десяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты Страхователем страховых взносов.

7.11. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, а также увеличении страхового риска производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) – результатом является величина

страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования – результатом является величина страховой премии по основному договору страхования на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (пп. “а” настоящего пункта Правил) величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (пп. “б” настоящего пункта Правил).

7.12. При увеличении страховой суммы соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения. При этом, если повышается страховой риск, Страховщик, по согласованию со Страхователем, применяет к базовым страховым тарифам повышающие коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению № 2 к настоящим Правилам. Расчет дополнительной страховой премии производится в соответствии с п. 7.11 настоящих Правил.

Аналогичный порядок действует и при увеличении страхового риска в период действия договора страхования.

7.13. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованному лицу перечня Программ страхования, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным лицом, возратить ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой Программы (Программ) страхования или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. На стадии заключения договора страхования (при обращении Страхователя с намерением заключить договор страхования) Страховщик предоставляет Страхователю (Застрахованному лицу) следующую информацию:

8.1.1. Об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты;

8.1.2. Об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

8.1.3. О применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Застрахованного лица), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

8.1.4. О наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или медицинского обследования лица, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

8.1.5. О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

8.1.6. О наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

8.1.7. О сроках рассмотрения обращений Застрахованных лиц или их представителей относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

8.1.8. О праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

8.1.9. Об адресе места приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или настоящих Правил.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования.

8.2. Подписывая договор страхования, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию, указанную в п. 8.1 настоящих Правил.

8.3. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, страхование может быть коллективным или индивидуальным.

8.4. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

8.5. Страховщик при заключении договора страхования вправе применять разработанные им стандартные формы договора страхования (страхового полиса).

8.6. Договор страхования может быть заключен:

8.6.1. В виде электронного документа через официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии технической возможности);

8.6.2. В стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

8.7. В связи с тем, что конкурсная документация и иные документы, представляемые Страховщику для заключения договора страхования, могут содержать различные формулировки страховых рисков (страховых случаев), соответствующие по своему существу, но не являющиеся буквальным повторением формулировки страховых рисков (страховых случаев), покрываемых в рамках настоящих Правил, Страховщик при принятии риска на страхование осуществляет оценку заявленных в документации страховых рисков. Если заявленные Страхователем страховые риски (страховые случаи) не расширяют страхового покрытия и соответствуют по существу, определенным в настоящих Правилах страховым рискам (страховым случаям), то Страховщик оставляет за собой право указывать в договоре страхования страховые риски (страховые случаи) в соответствии с заявленными Страхователем требованиями.

8.8. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.8.1. Договор страхования в электронной форме заключается в соответствии со статьями 434 и 940 Гражданского кодекса Российской Федерации и статьей 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также статьями 6 и 7 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

8.8.2. Для заключения договора страхования в электронной форме (при наличии технической возможности) Страхователь подает Страховщику заявление на страхование через официальный сайт Страховщика www.skgelios.ru (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком) путем заполнения формы заявления на страхование.

Заявление на страхование может быть оформлено путем проставления соответствующих отметок (подтверждений) на электронной странице такого заявления, в том

числе в рамках использования различных электронных платформ и/или систем (сервисов) обмена электронными документами.

8.8.3. При заключении договора страхования в электронной форме Страхователь на основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на сайте Страховщика, предоставляет информацию и документы в соответствии с п.п. 8.17 – 8.18 настоящих Правил (с учетом п. 8.19 настоящих Правил) в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате «.pdf», «.jpg» и т.д.).

8.8.4. При заключении договора страхования в форме электронного документа договор страхования заключается без медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование.

8.8.5. Заявление на страхование, созданное и оправленное Страховщику через его официальный сайт (в электронной форме), подписанное в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» Страхователем - физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем - индивидуальным предпринимателем – усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению Сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем - юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, при условии, что между Страховщиком и Страхователем при регистрации Страхователя в личном кабинете на официальном сайте Страховщика достигнуто соглашение об электронном взаимодействии.

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

8.8.7. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями, содержащимися в договоре страхования, в выбранных им Программах страхования и настоящих Правилах. Оплата страховой премии страхователем - физическим лицом в соответствии пунктом 4 статьи 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

8.8.8. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

8.8.9. Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной Программе страхования, и на основе которых заключен данный конкретный договор страхования, дополнительно включается в текст электронного договора страхования (страхового полиса).

8.8.10. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

8.9. Заключение договора страхования в стандартном порядке (на бумажном носителе).

8.9.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

8.9.2. По просьбе Страхователя и с его слов заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

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

8.9.3. В случае заполнения заявления на страхование в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

8.9.4. Заявление на страхование, если оно изложено в письменной форме, и документы, прилагаемые к нему, являются неотъемлемой частью договора страхования.

8.9.5. Для заключения договора страхования Страхователь с заявлением на страхование предоставляет информацию и документы, указанные в п.п. 8.17 – 8.18 настоящих Правил, с учетом п. 8.19 настоящих Правил.

8.9.6. Для принятия решения о заключении договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) сведений о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе заполнения соответствующих форм анкет, прохождения лицом, принимаемым на страхование, медицинского обследования.

8.9.7. При заключении договора страхования Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя (лица, принимаемого на страхование).

О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (лицо, заявляемое на страхование) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением на страхование.

По соглашению сторон данное условие может быть включено в договор страхования.

В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) указанных требований.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с лицом, заявляемым на страхование.

8.9.8. В договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить Застрахованное лицо (участник определенного мероприятия, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.).

8.9.9. Договор страхования может заключаться путем:

– составления одного документа, подписанного от имени Сторон уполномоченными лицами (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации);

– вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем документов, указанных в настоящем пункте Правил.

8.9.10. Не включенные в текст договора страхования условия, содержащиеся в настоящих Правилах, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами настоящие Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

8.9.11. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица. При подписании договора страхования работником Страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом Страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа Страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

8.10. Особенности заключения договора страхования с юридическими лицами.

8.10.1. При заключении коллективных договоров страхования на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

8.10.2. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

8.10.3. Страховщик вправе запросить от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных

работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому страховому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

8.10.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи, при необходимости, страховых полисов (страховых сертификатов) на каждое Застрахованное лицо.

Страховой полис (страховой сертификат) выдается каждому Застрахованному лицу в течение 5 (пяти) рабочих дней после поступления страховой премии или ее первого страхового взноса на расчетный счет, в кассу Страховщика или передачи представителю (страховому агенту) Страховщика.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. К договору страхования прилагается список Застрахованных лиц, являющийся неотъемлемой его частью.

8.11. Особенности заключения договора страхования с физическими лицами.

8.11.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

8.11.2. Договор страхования заключается в форме страхового полиса.

По соглашению сторон данное условие может быть изменено.

8.11.3. Дополнительно Страховщик вправе предлагать Страхователю (Застрахованному лицу) страховые полисы, разработанные на условиях публичного договора страхования (оферты). Заключение указанного публичного договора страхования (оферты) и подтверждением принятия такого страхового полиса со стороны Страхователя (Застрахованного лица) считается уплата им в установленный срок страховой премии по договору страхования (страховому полису).

8.12. При заключении договора страхования Страховщик обязан предоставить Страхователю настоящие Правила, Программы страхования, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования. В случае, если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета.

8.13. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, они становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ (к примеру, на настоящие Правила), в котором изложены условия страхования, полностью или частично, то данные условия должны быть изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом), либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть (в таком случае вручение Страхователю при заключении договора страхования таких условий (или настоящих Правил) должно быть удостоверено записью в договоре страхования), либо договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», 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. В договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

8.14. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

8.15. Страховщик вправе формировать страховые продукты (Программы страхования) с использованием отдельных или совокупности условий страхования, содержащихся в настоящих Правилах. Страховщик вправе присваивать таким страховым продуктам (Программам страхования) маркетинговые наименования. Страховщик вправе формировать выдержки из настоящих Правил, которые непосредственно относятся к

условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящими Правилам.

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

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страховом случае);
- о Программе (Программах) страхования и перечне медицинских организаций и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам в рамках договора страхования;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора страхования.

8.17. При заключении договора страхования Страховщиком могут быть запрошены следующие сведения (в том числе в заявлении на страхование) и/или документы:

8.17.1. Сведения (и/или документы) для идентификации Страхователя:

8.17.1.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- наименование организации с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
 - ИНН или код иностранной организации Страхователя;
 - юридический адрес (адрес места нахождения);
 - фактический адрес;
 - номера телефонов, факса (при наличии), адрес электронной почты, другие средства связи (при наличии);
 - основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - место государственной регистрации;
 - номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента;
 - сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица);
 - банковский идентификационный код - для кредитных организаций - резидентов;
 - коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
 - банковские реквизиты;
 - сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
 - сведения о руководителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.17.1.4 настоящих Правил);
 - сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.17.1.4 настоящих Правил).
- 8.17.1.2. Если Страхователем выступает иностранная структура без образования юридического лица:
- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
 - регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
 - код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);

- место государственной регистрации (местонахождение);
 - номера телефонов, факса (при наличии), адрес электронной почты, другие средства связи (при наличии);
 - место ведения основной деятельности;
 - структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
 - состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) - для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
 - сведения о руководителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.17.1.4 настоящих Правил);
 - сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.17.1.4 настоящих Правил).
- 8.17.1.3. Если Страхователем выступает индивидуальный предприниматель:
- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
 - дата и место рождения;
 - гражданство;
 - адрес регистрации;
 - адрес фактического проживания;
 - номера телефонов, факса (при наличии), адрес электронной почты, другие средства связи (при наличии);
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи документа, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
 - ИНН (при наличии);
 - информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;
 - отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам;
 - основной государственный регистрационный номер Страхователя;
 - место государственной регистрации Страхователя;
 - банковские реквизиты;
 - сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.17.1.4 настоящих Правил) – в случае если имеются основания полагать, что бенефициарным владельцем является не сам Страхователь, а иное физическое лицо.
- 8.17.1.4. Если Страхователем выступает физическое лицо:
- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
 - дата и место рождения;
 - гражданство,
 - адрес постоянной регистрации;
 - адрес фактического проживания;
 - номера телефонов, адрес электронной почты, другие средства связи (при наличии);
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование, серия, номер и дата выдачи документа, название органа, выдавшего документ;

- ИНН (при наличии);
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;

- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

- Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации:

- а) данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):

- номер карты;
- дата начала срока пребывания в Российской Федерации;
- дата окончания срока пребывания в Российской Федерации;

- б) данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации)²:

- серия (если имеется) и номер документа;
- дата начала срока действия права пребывания (проживания);
- дата окончания срока действия права пребывания (проживания).

8.17.1.5. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);

- сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 8.17.1.4 настоящих Правил);

- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества.

8.17.2. Сведения (и/или документы) о лице (лицах), принимаемом(-ых) на страхование (после заключения договора страхования – Застрахованное(-ые) лицо (лица)):

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- дата и место рождения;
- пол;
- гражданство,
- адрес постоянной регистрации;
- адрес фактического проживания;

² Документами, подтверждающими право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, являются:

- вид на жительство – для постоянно проживающих;
- разрешение на временное пребывание – для временно проживающих;
- виза и миграционная карта – для временно пребывающих;
- удостоверение беженца – для беженцев;
- удостоверение вынужденного переселенца – для вынужденных переселенцев;
- иной документ, подтверждающий в соответствии с законодательством Российской Федерации право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации.

- номера телефонов, адрес электронной почты, другие средства связи (при наличии);
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование, серия, номер и дата выдачи документа, название органа, выдавшего документ;
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации);
- ИНН (при наличии);
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование. После заключения договора страхования этот список, подписанный Страхователем, становится его неотъемлемой частью.

В случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) Застрахованного лица, то в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо.

8.17.3. Сведения о предполагаемом виде медицинской помощи, Программах страхования (если по договору страхования предусмотрено несколько Программ страхования), наименовании медицинских и иных учреждений, страховой сумме, лимитах ответственности, о наличии / отсутствии франшизы, в том числе посредством согласия с вариантом страхования, предлагаемым Страховщиком.

8.17.4. Сведения о желаемом сроке страхования.

8.17.5. Сведения о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного лица следующих заболеваний (состояний):

- особо опасные инфекционные заболевания³, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия, лихорадка Западного Нила, Крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Денге, менингококковая инфекция, лихорадка Рифт-Валл;
- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- наркологические заболевания.
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

³ В соответствии с Методическими указаниями «МУ 3.4.2552-09. 3.4. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.).

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

- системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- инвалидность (кроме III группы).

8.17.6. Сведения о характере, интенсивности и условиях работы и/или учебы лица, принимаемого на страхование.

8.17.7. Сведения об образе жизни, включая любительские занятия спортом и/или наличие хобби у лица, принимаемого на страхование.

8.17.8. Сведения об употреблении лицом, принимаемым на страхование, в настоящее время или в прошлом наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих средств.

8.17.9. Сведения об истории страхования по предыдущим договорам страхования, заключенным в отношении лица, принимаемого на страхование.

8.18. Для заключения договора страхования Страховщик одновременно с заявлением на страхование вправе потребовать у Страхователя следующие документы (по согласованию со Страховщиком могут быть предоставлены надлежащим образом заверенные копии документов, в том числе электронные копии):

а) если Страхователем является физическое лицо: документ, удостоверяющий личность Страхователя и Застрахованных лиц, в том числе паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности, удостоверение личности или военный билет военнослужащего, общегражданский заграничный паспорт, удостоверение беженца, паспорт моряка, паспорт иностранного гражданина либо вид на жительство иностранного гражданина, лица без гражданства;

б) если Страхователем является юридическое лицо: заверенные копии учредительных документов, лицензий, иных документов, на основании которых Страхователь - юридическое лицо осуществляет свою деятельность, заверенные копии документов, подтверждающих полномочия руководителя, и документов, удостоверяющих личность руководителя;

в) доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя;

г) документы, содержащие информацию о предыдущей истории страхования;

д) документы по результатам медицинского обследования Застрахованного лица.

8.19. По решению Страховщика перечень информации и/или документов, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа) и указанных в п.п. 8.17 и 8.18 настоящих Правил, может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

8.20. Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные в п. 8.18 настоящих Правил, и выданные (оформленные) за границей Российской Федерации принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории Российской Федерации (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

8.21. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что в момент заключения договора не относится к категории публичных должностных лиц (ПДЛ).

К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся следующие категории:

8.21.1. **Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ)** – любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия, а именно⁴:

⁴ Перечень должностей, по которым определяется принадлежность к ИПДЛ, не является исчерпывающим и может варьироваться в зависимости от государственного устройства той или иной страны. Принадлежность лица к категории ИПДЛ определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

- главы государств (в том числе правящие королевские династии) или правительств;
- министры, их заместители и помощники;
- высшие правительственные чиновники;
- руководители и заместители руководителей судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;
- государственный прокурор и его заместители;
- высшие военные чиновники (начальники генеральных штабов, верховные главнокомандующие и т.д.);
- руководители и члены Советов директоров Национальных Банков;
- послы;
- руководители государственных корпораций;
- члены Парламента или иного законодательного органа и т.д.

8.21.2. **Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО)** - лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции в указанной категории), в частности⁵:

• руководители, заместители руководителей международных и наднациональных организаций:

- Организация Объединенных Наций (ООН),
- Организация экономического развития и сотрудничества (ОЭСР),
- Экономический и Социальный Совет ООН,
- Организация стран - экспортеров нефти (ОПЕК),
- Международный олимпийский комитет (МОК),
- Всемирный банк (ВБ),
- Международный валютный фонд (МВФ),
- Европейская комиссия,
- Европейский центральный банк (ЕЦБ),
- Европарламент и др.
- руководители и члены международных и наднациональных судебных организаций:
 - Международный суд ООН
 - Европейский суд по правам человека
 - Суд Европейского союза и др.

8.21.3. **Российские публичные должностные лица (РПДЛ)** – лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

8.21.4. **Лицо, связанное с ПДЛ** – супруг или супруга ПДЛ, его близкий родственник (родственник по прямой восходящей и нисходящей линии (родители и дети, дедушки, бабушки и внуки), полнородный и неполнородный (имеющий общего отца или мать) брат и сестра, усыновитель и усыновленный).

О факте принадлежности к любой из указанных категорий потенциальный Страхователь обязуется сообщить Страховщику.

8.22. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, указанные Страхователем в заявлении на страхование, а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе, в том числе указанные в п. 8.17.5 настоящих Правил.

⁵ Принадлежность лица к категории ПДЛМО определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

8.23. 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.

8.24. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении настоящих Правил. Кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица, а также изменения перечня исключений из Программ страхования. Перечень, медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

8.25. В случае утраты Страхователем в период действия страхования страхового полиса, на основании его письменного заявления (в произвольной форме) в течение 3 (трех) рабочих дней ему выдается дубликат страхового полиса. После выдачи дубликата утраченный страховой полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

8.26. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами.

8.27. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора страхования, условия заключенного договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров страхования.

9. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

9.1. Заключая (подписывая, принимая, оплачивая) договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым своей волей и в своем интересе дает свое согласие в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и подтверждает, что им получены письменные согласия Застрахованного(-ых) лица (лиц) и Выгодоприобретателя(-ей), названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), их волей и в их интересе, с тем, что Страховщик может осуществлять обработку указанных в договоре страхования и приложениях к нему персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) физических лиц в течение всего срока действия договора страхования и последующие 5 (пять) лет с момента прекращения действия договора страхования, а также подтверждает, что им проинформированы вышеуказанные лица о составе переданных Страховщику их персональных данных.

9.2. Под персональными данными Страхователь, Застрахованное(-ые) лицо (лица) и Выгодоприобретатель(-и), названные в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), понимают указанную в договоре страхования информацию, относящуюся к прямо или косвенно определенному или определяемому из названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.) Страхователю, Выгодоприобретателю и Застрахованному лицу, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, семейное, социальное, имущественное положение, наличие детей, образование, профессию, доходы, реквизиты

документа, удостоверяющего личность, индивидуальный номер плательщика, гражданство, данные страхового полиса обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) и т.д

9.3. По запросу Страховщика Страхователь обязуется предоставить Страховщику названные в п. 9.1 настоящих Правил письменные согласия физических лиц (Выгодоприобретателя(-ей) и Застрахованного(-ых)) лица (лиц)) и несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение указанного обязательства.

9.4. Под обработкой персональных данных Страхователь, Застрахованное(-ые) лицо (лица) и Выгодоприобретатель(-и), названные в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), понимают сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

9.5. Обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях исполнения, изменения, продления, досрочного прекращения договора страхования, реализации Страховщиком права требования о возврате неосновательного обогащения в виде излишне выплаченной суммы страхового возмещения, продвижения услуг Страховщика на рынке путем осуществления прямых контактов со Страхователем, Выгодоприобретателем(-ями) и Застрахованным(-ми) лицом (лицами) с помощью средств связи, в статистических и иных исследовательских целях, в том числе и в целях проведения анализа страховых рисков, а также в целях информирования о других страховых продуктах и услугах Страховщика, получения рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

9.6. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым дает свое согласие и подтверждает, что им получены согласия Выгодоприобретателя(-ей) и Застрахованного(-ых) лица (лиц), названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), на информирование о других продуктах и услугах, на получение рекламы по сетям электросвязи, а также рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком. В том числе Страхователь в случае регистрации в личном кабинете ООО Страховой Компании «Гелиос» дает свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта www.skgelios.ru (в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком).

9.7. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым дает свое согласие и подтверждает, что им получены согласия Выгодоприобретателя(-ей) и Застрахованного(-ых) лица (лиц), названных в договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), на передачу его (их) персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) при обработке в указанных целях третьим лицам (страховому брокеру, страховому агенту, актуариям, перестраховщикам, аудиторам и другим лицам), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика, а также в том числе лицу, получившему неосновательное обогащение в виде излишне выплаченной суммы страхового возмещения.

9.8. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым соглашается с передачей Страховщику персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) Страхователя и данных о наличии других договоров страхования, необходимых для расчета суммы страховой премии, оценки рисков или иных целей, связанных с заключением или исполнением договоре страхования, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие

надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика.

9.9. Страховщик вправе с соблюдением требований, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, осуществлять обработку, в том числе сбор иных сведений, необходимых для заключения договора страхования, оценки страховых рисков, определения размера убытков, включая специальные категории персональных данных, в том числе содержащихся в общедоступных источниках.

9.10. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) Страхователя и иных физических лиц, указанных в договоре страхования и приложениях к нему, в целях иных, нежели те, которые предусмотрены настоящим разделом Правил.

9.11. Указанные в настоящем разделе Правил согласия действуют со дня выдачи согласия, т.е. с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование) до дня истечения периода, продолжительностью 5 (пять) лет, исчисляемого с момента прекращения действия договора страхования либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

9.12. В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью, за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации получение согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

9.13. Обязанности Страховщика по уточнению, блокированию и уничтожению персональных данных регулируются в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

9.14. Договором страхования могут быть предусмотрены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9.15. Заключая (подписывая, принимая, оплачивая) договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым подтверждает, что Застрахованное (-ые) лицо (лица) на основании положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» разрешает(-ют) любым медицинским и иным учреждениям, в том числе страховым медицинским организациям, работающим в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования, федеральному и территориальным фондам обязательного медицинского страхования, организациям медико-социальной экспертизы, предоставлять информацию о состоянии его (их) здоровья, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных любых сведений, полученных при медицинском обследовании Застрахованного (-ых) лица (лиц) и лечении (в том числе, составляющих врачебную тайну), а также предоставления соответствующих копий любых документов по запросу Страховщика. Разрешение действует на период действия договора страхования (страхового полиса), а также в течение 5 (пяти) лет после его прекращения или 5 (пяти) лет после принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее), и может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику. Страхователь подтверждает, что Застрахованное (-ые) лицо (лица) разрешает Страховщику использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием и в обеспечение исполнения обязательств Страховщика, вытекающих из договора страхования (страхового полиса).

10. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования заключается на срок 1 (один) год (годовой договор страхования), или на срок менее 1 (одного) года (краткосрочный договор страхования).

10.2. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу.

10.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, договор страхования вступает в силу (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

— при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

— при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика – с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена уплата.

10.4. Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре страхования как день окончания действия договора страхования.

10.5. Договор страхования прекращается в случаях:

10.5.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного договором страхования в качестве даты окончания срока его действия.

10.5.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме – с момента такового.

10.6. Договор страхования прекращается досрочно:

10.6.1. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, – с даты ликвидации Страхователя - юридического лица, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, – с даты смерти Страхователя - физического лица, если Застрахованные лица не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

10.6.2. Смерти Застрахованного лица. При индивидуальном договоре страхования с физическим лицом – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

При коллективном договоре страхования с физическим лицом договор страхования прекращается в отношении такого Застрахованного лица с даты смерти Застрахованного лица.

10.6.3. Неуплаты очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, установленный в договоре страхования, или уплаты его в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования. Договор страхования досрочно прекращается в соответствии с п. 7.10 настоящих Правил.

10.6.4. В случаях, указанных в п.п. 4.6, 4.8 Правил;

10.6.5. Полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;

частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным лицом, согласия на обработку персональных данных;

в обоих случаях, указанных в настоящем пункте Правил, договор считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

10.6.6. По требованию Страхователя в любое время, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, – с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения.

10.6.7. В случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.6.8. По соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении.

10.6.9. В случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации.

10.6.10. В случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.6.11. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) договором страхования – с даты, определенной законом или договором для таких случаев.

10.7. При досрочном прекращении договора страхования в целом или отношении какого-либо Застрахованного лица по основаниям, указанным в п.п. 10.6.2, 10.6.9, 10.6.10 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

10.8. При досрочном прекращении договора страхования по основанию, указанному в п. 10.6.8 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования, за вычетом расходов на ведение дела в соответствии со структурой тарифной ставки, утвержденной Страховщиком, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

10.9. При досрочном прекращении договора страхования по основаниям, за исключением указанных в п.п. 10.7, 10.8 и 10.10 настоящих Правил, возврат уплаченной страховой премии (страховых взносов) не производится.

10.10. Особые условия отказа Страхователя - физического лица от договора страхования (Период охлаждения).

В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (или иного срока, установленного действующей на момент заключения договора страхования редакцией Указания Центрального банка Российской Федерации от 20.11.2015 № 3854-У) со дня его заключения:

10.10.1. Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, установленном пунктом 10.10 настоящих Правил страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.10.2. В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный пунктом 10.10 настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

10.10.3. В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный пунктом 10.10 настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

10.10.4. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 10.10 настоящих Правил.

10.10.5. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней (или иного срока, установленного действующей на момент заключения договора страхования редакцией Указания Центрального банка Российской Федерации от 20.11.2015 № 3854-У) со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

10.11. Если после вступления в силу договора страхования, возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.12. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора страхования не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

11. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

11.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) 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. Значительными во всяком случае признаются, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю настоящих Правилах. К значительным изменениям, в частности, могут быть отнесены изменения в сведениях, указанных Страхователем в Заявлении на страхование, о первичном диагностировании хронического заболевания, получении тяжелого увечья, установлении инвалидности, а также обстоятельства, предусмотренные Страховщиком и Страхователем в конкретном договоре страхования.

11.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 7.11 настоящих Правил.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11.3. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в п. 11.2 настоящих Правил, могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре страхования.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Права и обязанности Застрахованного лица.

12.1.1. **Застрахованное лицо имеет право:**

а) на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии с избранными Страхователем Программой (Программами) страхования и медицинскими организациями, определенными договором страхования.

12.1.2. **Застрахованное лицо обязано:**

- а) соблюдать предписания лечащего врача;
- б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;
- в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключая возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;
- г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

12.2. Права и обязанности Страхователя.

12.2.1. **Страхователь имеет право:**

- а) получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
- б) ознакомиться с настоящими Правилами, на условиях которых заключён договор страхования;

- в) получить любые разъяснения по заключённому договору страхования и положениям, содержащимся в настоящих Правилах;
- г) заключить несколько договоров страхования;
- д) требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями договора страхования;
- е) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;
- ж) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных лиц, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п. 12.4 настоящих Правил;
- з) расширить список Застрахованных лиц и (или) перечень медицинских услуг и медицинских организаций для Застрахованных лиц в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными Программами страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;
- и) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 12.5 настоящих Правил;
- к) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и гражданским законодательством Российской Федерации;
- л) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- м) получить дубликат полиса страхования или копию договора страхования в случае его утраты;
- н) получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;
- о) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которого был заключен договор страхования;
- п) требовать от Страховщика разъяснения расчетов изменения в течение срока страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;
- р) получить по запросу копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (настоящих Правил, Программ страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по договорам коллективного страхования, условия страхования других категорий Застрахованных лиц и т.п.);
- с) получить по запросу один раз по одному договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

12.2.2. Страхователь обязан:

- а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
- в) довести до сведения каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные договором страхования;
- г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;
- д) сообщить Страховщику при заключении договора страхования о факте принадлежности к категории ПДЛ (п. 8.21 настоящих Правил) лиц, поименованных в договоре страхования и приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель);
- е) в течение срока страхования при наличии изменений в сведениях о принадлежности / отсутствии принадлежности лиц, поименованных в договоре страхования и

приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), к категории ПДЛ, сообщить об этом Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений;

ж) предоставлять Страховщику по его требованию информацию и документы, необходимые для исполнения требований законодательства Российской Федерации, в том числе Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», включая информацию о руководителях, представителях, отличных от руководителей, Выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах. Информация и документы предоставляются в сроки, указанные в письменном запросе Страховщика.

В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения, Страхователь в течение 10 (десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений, обязан письменно уведомить об этом Страховщика с соблюдением положений Раздела 14 настоящих Правил, и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений;

з) предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;

и) получить согласие Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей на передачу их персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) на обработку Страховщику, а также третьим лицам (страховому брокеру, страховому агенту, актуариям, перестраховщикам, аудиторам и другим лицам), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика, с целью заключения и исполнения договора страхования, а также о составе переданных Страховщику персональных данных, уведомить их о факте такой передачи и о составе переданных Страховщику персональных данных. Предоставить Страховщику по первому требованию письменные согласия Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей;

к) письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю;

л) незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на существенное увеличение страхового риска (в соответствии с Разделом 11 настоящих Правил);

м) немедленно сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы / учебы, профессии, данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (в случае замены).

12.3. Права и обязанности Страховщика.

12.3.1. Страховщик имеет право:

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

б) по соглашению со Страхователем изменить страховую сумму по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 7.11 настоящих Правил;

в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

г) перед заключением договора страхования потребовать проведения медицинских обследований (по отдельным принимаемым на страхование лицам), результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска, и предоставления документов, подтверждающих состояние их здоровья;

д) требовать заполнения дополнительных анкет по форме Страховщика;

е) осуществлять обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

ж) проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования;

з) для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или договором страхования, а также самостоятельно выяснять у медицинских организаций, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;

и) разрабатывать страховые продукты, формировать программы страхования с использованием отдельных или совокупности условий страхования, содержащихся в настоящих Правилах. Страховщик вправе присваивать таким страховым продуктам, программам страхования маркетинговые наименования. Страховщик вправе формировать выдержки из настоящих Правил (условия страхования), которые непосредственно относятся к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам;

к) осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.3.2. **Страховщик обязан:**

а) заключать договоры страхования на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с нормативными правовыми актами в области медицинского страхования, настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими организациями и сервисными компаниями (компания - ассистанс);

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам страховых полисов;

в) обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

д) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, его контрагентах и их имущественном положении.

е) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц и их имущественном положении;

ж) применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов;

з) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями договора страхования, а также разъяснить Страхователю условия договора страхования и положения настоящих Правил;

и) после получения сообщения о событии, имеющем признаки страхового случая, и всех необходимых документов, согласованных при заключении договора страхования:

— выяснить все обстоятельства, принять решение о выплате или об отказе в выплате;

— составить страховой акт и определить на основании предоставленных Страхователем документов размер убытка;

— произвести расчет суммы страховой выплаты;

— произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;

к) информировать Страхователя о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

л) при заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также своевременно информировать Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) при его обращении. В случае невозможности информирования Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) 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 Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

м) осуществлять взаимодействие со Страхователем посредством телефона, почты и электронной почты, указанных Страхователем при заключении договора страхования либо в период действия договора страхования;

н) проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме (если такой факт имеет место), а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования;

о) после того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя проинформировать его:

- обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) 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 и (или) настоящими Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховой выплаты (Страхователя, Выгодоприобретателя) удобным для него способом.

12.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае увеличения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных лиц (исключение Застрахованных лиц из списка производится только с их согласия) договор страхования в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

12.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов на лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, вновь Застрахованным лицам выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных лиц за не истекший срок страхования.

13. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

13.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

13.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские организации, указанные в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования или Программой страхования.

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных страховым полисом прав, Застрахованное лицо обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

13.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими организациями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации или сервисного (ассистанс) учреждения.

Если иное не предусмотрено договором с медицинской организацией или сервисным учреждением, перечисление денежных средств производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком от медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, предусмотренной договором страхования. В указанный выше срок входит время необходимое Страховщику для согласования им с медицинской организацией разногласий по поводу наступления страхового события и размера страховой выплаты, в случае их возникновения.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг их перечню по договору страхования.

13.4. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее - решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя / Застрахованное лицо, а также медицинскую организацию или сервисное (ассистанс) учреждение в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

14. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

14.1. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил Страхователь и Страховщик (далее совместно – Стороны; по отдельности – Сторона), если иное не предусмотрено договором страхования, предусматривают следующий порядок взаимодействия – порядок направления уведомлений, извещений, запросов, претензий, заявлений и иных документов (далее – уведомление).

14.1.1. Все уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) считаются направленными надлежащим образом, если они направлены в письменной форме при соблюдении одного из следующих условий:

14.1.2. Уведомление направлено простым почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая.

14.1.3. Уведомление направлено по почте заказным письмом с отметкой о его вручении по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

14.1.4. Уведомление направлено путем вручения представителю Страхователя (Выгодоприобретателя) по адресу, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, курьерской службой доставки Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

В этом случае доказательством доставки уведомления является расписка о вручении уведомления или соответствующая отметка на копии переданного текста, в которых указываются подпись, фамилия лица, передавшего уведомление, дата и время его передачи,

а также подпись, фамилия, должность и/или реквизиты письменного уполномочия (доверенности) лица, его принявшего.

14.1.5. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая.

14.1.6. Уведомление направлено (при наличии технической возможности) в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений (WhatsApp, Viber, Facebook Messenger, Telegram, и т.п.) по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Выгодоприобретателя).

14.1.7. Уведомление направлено (при наличии технической возможности) с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе официального сайта Страховщика **www.skgelios.ru**. о чем Страхователь (Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

14.1.8. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе официального сайта Страховщика **www.skgelios.ru** (при наличии технической возможности), о чем Страхователь (Выгодоприобретатель) проинформирован в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая.

14.2. Все уведомления, направляемые Страхователем (Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом, если они направлены в письменной форме при соблюдении одного из следующих условий:

14.2.1. Уведомление направлено по почте заказным письмом с отметкой о его вручении по адресу Страховщика, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

14.2.2. Уведомление направлено путем вручения представителю Страховщика по адресу, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика, курьерской службой доставки Страхователя (Выгодоприобретателя). Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

В этом случае доказательством доставки уведомления является расписка о вручении уведомления или соответствующая отметка на копии переданного текста, в которых указываются подпись, фамилия лица, передавшего уведомление, дата и время его передачи, а также подпись, фамилия, должность и/или реквизиты письменного уполномочия (доверенности) лица, его принявшего.

14.2.3. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика.

14.2.4. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе официального сайта Страховщика **www.skgelios.ru** (при наличии технической возможности).

14.3. В случае если Сторона-получатель отказалась принять, получить уведомление, направленное в соответствии с пунктами 14.1.2 – 14.1.4 и 14.2.1 – 14.2.2 настоящих Правил, то лицо, его доставляющее или вручающее, фиксирует отказ путем проставления соответствующей отметки на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста), которые подлежат возврату Стороне-отправителю корреспонденции.

В случае если Сторона-получатель не находится по адресу (выбыл), указанному в договоре страхования или ином документе (например, для Страхователя (Выгодоприобретателя) – в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату, для Страховщика – на сайте Страховщика), и место нахождения Стороны-получатель неизвестно, об этом лицом, доставляющим уведомление, делается отметка на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста), с указанием даты и времени совершенного действия, которые подлежат возврату Стороне-отправителю корреспонденции.

14.4. Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего наименования не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента такого изменения. При отсутствии подобного оповещения Сторона-получатель корреспонденции именуется в уведомлении исходя из последнего известного своего наименования.

14.5. Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего адреса и (или) реквизитов во время действия договора страхования заблаговременно. Если одна Сторона не была извещена об изменении адреса и (или) реквизитов другой Стороны заблаговременно, но в любом случае не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента такого изменения, то все уведомления и извещения, направленные Стороной-отправителем Стороне-получателю по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

14.6. Сторона (Страхователь (Выгодоприобретатель) / Страховщик) также считается извещенной надлежащим образом, если:

— Сторона-получатель отказалась от получения уведомления, и этот отказ зафиксирован организацией почтовой связи или курьерской службой доставки Стороны-отправителя корреспонденции;

— уведомление не вручено в связи с отсутствием Стороны-получателя адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (например, для Страхователя (Выгодоприобретателя) – в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату, для Страховщика – на сайте Страховщика), о чем организация почтовой связи или курьерская служба доставки уведомила Сторону-отправителя корреспонденции, с указанием источника данной информации;

— уведомление направлено по последнему известному месту нахождения Стороны-получателя корреспонденции, указанному в договоре страхования или ином документе (например, для Страхователя (Выгодоприобретателя) – в извещении о событии, имеющем признаки страхового случая, заявлении на выплату, для Страховщика – на сайте Страховщика), если место его нахождения неизвестно;

— имеются доказательства вручения или направления уведомления в порядке, установленном пунктами 14.1.4, 14.2.2, 14.3 настоящих Правил, в том числе и при возврате почтового отправления в связи с отсутствием Стороны-получателя, истечением срока хранения и не востребованностью письма и иными подобными обстоятельствами.

14.7. В договоре страхования Стороны могут согласовать иной порядок и способ направления уведомлений друг другу

15. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

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

15.3. Все споры и разногласия, возникшие между Страхователем и Страховщиком в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путем переговоров, с обязательным направлением письменной досудебной претензии в соответствии с положениями раздела 14 настоящих Правил. При получении одной стороной договора страхования письменной досудебной претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования, срок направления ответа на претензию не может составлять более 10 (десяти) рабочих дней с момента ее получения другой стороной договора страхования.

15.4. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, имеет право обратиться к финансовому уполномоченному.

15.5. При получении претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования срок направления ответа на претензию:

— составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме в порядке,

предусмотренном Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»;

— во всех остальных случаях, не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления (претензии) другой Стороной договора страхования.

15.6. В случае если Страхователь и Страховщик не разрешили спор и/или разногласия путем переговоров в досудебном претензионном порядке, то возникшие споры подлежат разрешению в суде, арбитражном суде или третейском в соответствии с их компетенцией.

15.7. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам и любым иным дополнительным условиям страхования.

16. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО

16.1. Действие настоящих Правил и любого договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства Российской Федерации. При этом статья 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации не применяется к условиям договоров страхования, заключаемых в рамках настоящих Правил.

16.2. Ни одна из сторон не вправе передавать свои права и обязанности по договору (страховому полису) страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, кроме прав и обязанностей по договорам перестрахования. Сторона, передавшая права и обязанности по договору (страховому полису) страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, несет ответственность в размере денежного исполнения переданного права и/или обязанности, в соответствии с ч. 3 ст. 388 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан, утвержденным приказом
ООО Страховой Компании «Гелиос»
от 18.06.2021 № 51

**ПРОГРАММЫ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**

№ 1.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»	42
№ 2.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	43
№ 3.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ»	45
№ 4.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	46
№ 5.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА»	49
№ 6.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»	49
№ 7.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВКЛЮЧАЯ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ СО СТАЦИОНАРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ»	49
№ 8.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ» (ВКЛЮЧАЯ ОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ)	51
№ 9.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)»	52
№ 10.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛИЧНЫЙ ВРАЧ»	54
№ 11.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВРАЧ ОФИСА»	54
№ 12.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ»	55
№ 13.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»	60
№ 14.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДЕТИ»	61
№ 15.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»	65
№ 16.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АНТИКЛЕЩ»	67
№ 17.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ И РЕПАТРИАЦИЯ»	69
№ 18.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ГОСТЕВОЙ ПОЛИС»	72
№ 19.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»	76

Договор страхования может быть заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан по следующим Программам страхования.

№ 1. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

1. По настоящей Программе страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении.

2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

- 2.1. Лечебно-диагностические приемы, консультации врачей-специалистов;
- 2.2. Лабораторные и инструментальные исследования;
- 2.3. Физиотерапевтическое лечение;
- 2.4. Массаж, мануальная терапия, ЛФК;
- 2.5. Иммунопрофилактика;
- 2.6. Медицинские услуги с использованием стационара одного дня, дневного стационара и стационара на дому;
- 2.7. Забор анализов, патронажный визит, а также лечебно-диагностический прием медицинских работников по месту пребывания Застрахованного лица;
- 2.8. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (в т.ч. профессиональных), в том числе водителей транспортных средств;
- 2.9. Экспертиза временной нетрудоспособности, оформление медицинской документации.

3. Исключения из Программы страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

3.1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 3.1.1. Туберкулез, за исключением диагностики;
- 3.1.2. Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;
- 3.1.3. Лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- 3.1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- 3.1.5. Острые и хронические лучевые поражения;
- 3.1.6. Хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
- 3.1.7. Беременность и родовспоможение, если иное не предусмотрено программой к договору страхования, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.
- 3.1.8. Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
- 3.1.9. Психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
- 3.1.10. Онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования;
- 3.1.11. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

3.1.12. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

3.1.13. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

3.2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

3.2.1. Иммунопрофилактика;

3.2.2. Использование и подгонка корригирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

3.2.3. Лечение психических заболеваний;

3.2.4. Эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

3.2.5. Лекарственное обеспечение, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями (дневной стационар);

3.2.6. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования.

3.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

3.3.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.3.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.3.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.3.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.3.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.3.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.3.8. Вследствие террористического акта.

№ 2. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

1. По настоящей Программе страхования «Скорая медицинская помощь» Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги при острых состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица, возникших в период действия договора страхования и требующих скорой и неотложной медицинской помощи:

2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Скорая медицинская помощь».

2.1. Вызов бригады скорой помощи производится через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам: _____

2.2. Услуги скорой и неотложной медицинской помощи:

Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи

- первичный осмотр больного;
- проведение необходимой экспресс - диагностики в объеме, имеющемся в автомобиле «скорой помощи»;

- экстренные лечебные манипуляции: введение лекарственных препаратов, первичная обработка ран, перевязки и т.п.;
- медицинская транспортировка и госпитализация при необходимости в стационар.

2.3. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

3. Исключения из Программы страхования «Скорая медицинская помощь»:

3.1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 3.1.1. Туберкулез, за исключением диагностики;
- 3.1.2. Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;
- 3.1.3. Лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- 3.1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- 3.1.5. Острые и хронические лучевые поражения;
- 3.1.6. Хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
- 3.1.7. Беременность и родовспоможение, если иное не предусмотрено программой к договору страхования, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.
- 3.1.8. Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
- 3.1.9. Психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
- 3.1.10. Онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования;
- 3.1.11. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.
- 3.1.12. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 3.1.13. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

3.2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

- 3.2.1. Лечение психических заболеваний.

3.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

- 3.3.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 3.3.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;
- 3.3.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- 3.3.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- 3.3.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.3.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.3.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- 3.3.8. Вследствие террористического акта.

№ 3. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ»

1. По настоящей Программе страхования «Стоматология» Страховщик организует и оплачивает стоматологическую помощь при острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний и травмах зубов, слизистой полости рта и челюстно-лицевой области.

2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Стоматология».

2.1. Терапевтическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;
- лечение осложненного и не осложненного кариеса и не кариозных поражений зубов;
- пломбирование специальными композитами кариозных полостей (свето- и химического отверждения); восстановление коронковой части зуба при ее разрушении не более, чем на 50%; восстановление коронковой части зуба с помощью анкерного штифта;
- механическая и медикаментозная обработка и пломбирование каналов пастами с использованием гуттаперчевых штифтов и термофилов при пульпитах и периодонтитах;
- лечение заболеваний тканей пародонта и мягких тканей полости рта;
- анестезия импортными анестетиками (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- общая анестезия;
- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография, КТ;
- снятие зубного камня, мягких зубных отложений;
- покрытие зубов фторсодержащими препаратами;

2.2. Хирургическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;
- анестезия импортными анестетиками (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография по медицинским показаниям, КТ по медицинским показаниям;
- удаление зубов (простое, сложное, в т.ч. с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута), цистэктомии, резекция верхушки корня зуба;
- лечение острых стоматологических хирургических заболеваний и травм челюстно – лицевой области (вскрытие абсцессов).
- лечение заболеваний слизистой полости рта и языка;
- лечение заболеваний слюнных желез;
- лечение доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области;

2.3. Ортодонтическое лечение, подготовка к протезированию, протезирование и имплантология в объеме, указанном в договоре страхования.

3. Исключения из Программы страхования «Стоматология»:

3.1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 3.1.1. Туберкулез, за исключением диагностики;
- 3.1.2. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- 3.1.3. Онкологические заболевания, гемобластозы;

3.1.4. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие;

3.1.5. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

3.2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

3.2.1. Пластическая хирургия, за исключением восстановления и/или коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

3.2.2. Зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

3.2.3. Установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

3.2.4. Профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

3.2.5. Восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

3.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

3.3.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.3.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.3.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.3.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.3.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.3.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.3.8. Вследствие террористического акта.

№ 4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

1. По настоящей Программе страхования «Стационарная медицинская помощь» Страховщик организует и финансирует предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при остром и обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении, кроме случаев, перечисленных в разделе Исключения.

2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Стационарная медицинская помощь».

2.1. Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия договора страхования состояния, угрожающие жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

2.2. Госпитализация при обострении хронического заболевания осуществляется по направлению лечащего врача, после согласования со Страховщиком через информационно-сервисную службу в течение 7 (семи) рабочих дней с момента поступления заявки (направления) лечащего врача.

2.3. Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации:

- пребывание в стационаре в палате (согласованной в договоре комфортности), питание, уход медицинского персонала;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- консультации;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- хирургическое и/или консервативное лечение, включая врачебные манипуляции, перевязки, введение лекарственных препаратов и т.п.;
- анестезиологические пособия;
- лекарственное обеспечение, препараты крови и кровезаменители;
- физиолечение, массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, магнитотерапия, лазеротерапия, занятия ЛФК и др., предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- Экспертиза временной нетрудоспособности.

2.4. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация может быть осуществлена бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

2.5. Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.) в рамках настоящей Программы страхования подлежат только выявлению, если нет других условий в договоре. Последующее лечение осуществляется в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

- Медицинская транспортировка (транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию), осуществляемая по показаниям с медицинским сопровождением.

3. Исключения из Программы страхования «Стационарная медицинская помощь»:

3.1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 3.1.1. Туберкулез, за исключением диагностики;
- 3.1.2. Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;
- 3.1.3. Лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- 3.1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- 3.1.5. Острые и хронические лучевые поражения;
- 3.1.6. Хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям) если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования;
- 3.1.7. Беременность и родовспоможение, если иное не предусмотрено программой к договору страхования, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.
- 3.1.8. Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
- 3.1.9. Психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
- 3.1.10. Онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования;
- 3.1.11. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

3.1.12. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования;

3.1.13. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

3.2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

3.2.1. Пластическая хирургия, за исключением восстановления и/или коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

3.2.2. Зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

3.2.3. Установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

3.2.4. Профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

3.2.5. Восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

3.2.6. Иммунопрофилактика;

3.2.7. Использование и подгонка корригирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

3.2.8. Лечение психических заболеваний;

3.2.9. Эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

3.2.10. Хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

3.2.11. Лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

3.2.12. Косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

3.2.13. Обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

3.2.14. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

3.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

3.3.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.3.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.3.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.3.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.3.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.3.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.3.8. Вследствие террористического акта.

№ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА»

1. По настоящей Программе страхования «Лекарственные средства» Страховщик обеспечивает Застрахованному лицу предоставление лекарственных средств, выписанных ему лечащим врачом при оказании амбулаторно – поликлинических и стационарных медицинских услуг при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении.

2. Объем предоставляемых услуг.

2.1. Обеспечение лекарственными препаратами, перевязочным материалом, средствами по уходу за больными, другими предметами медицинского назначения.

2.2. Обеспечение очками, контактными линзами, слуховыми аппаратами.

2.3. Обеспечение эндопротезами, искусственными водителями ритма сердца, трансмиттерами, имплантатами и др.

2.4. Обеспечение корригирующими медицинскими устройствами и приспособлениями.

2.5. Консультации по медикаментозному обеспечению.

Когда Застрахованное лицо не имеет возможность по состоянию здоровья получить данные услуги, Страховщик получает и доставляет медикаментозное обеспечение к месту его нахождения (лечения).

Оплата Страховщиком услуг по обеспечению Застрахованного лица медикаментозными средствами производится путем оплаты счетов лечебно-профилактического учреждения или лечебного учреждения, в составе которого организована аптека, которая является его структурным подразделением и действует на правах отделения.

№ 6. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»

1. По настоящей Программе страхования «Вакцинация» Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу амбулаторно-поликлинических услуг по вакцинации против инфекции, с целью профилактики и снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

В договоре страхования указывается против какой конкретно инфекции может быть осуществлена вакцинация по настоящей Программе страхования. Вакцинация может осуществляться от гриппа или иного инфекционного заболевания, например, против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), и т.д.

2. Объем предоставляемых услуг:

- консультация врача с проведением предвакцинального осмотра;
- вакцинация против инфекции, указанной в договоре страхования, вакцинами российского и импортного производства.

3. Для получения вышеназванных медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, указанную в договоре страхования или на пульт ООО Страховой Компании «Гелиос». Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинской организации при наличии страхового полиса и, при необходимости, гарантийного письма.

№ 7. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВКЛЮЧАЯ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ СО СТАЦИОНАРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ».

По настоящей Программе страхования «Дородовое наблюдение беременных женщин, включая наблюдение беременности с патологией со стационарным лечением» Страховщик организует и оплачивает оказание медицинских услуг по комплексному обследованию и наблюдению беременных женщин при заключении договора страхования на любом сроке беременности и до 36-й недели включительно.

Объем предоставляемых услуг:

- наблюдение и лечение у акушера-гинеколога;
- наблюдение узких специалистов: терапевта, стоматолога, отоларинголога, офтальмолога и др.;
- инструментальная диагностика: ультразвуковое исследование, кардиомониторный контроль за состоянием плода и др.
- лабораторные исследования: исследование крови на резус-фактор, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, гемосиндром, клинический и биохимический анализы крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, исследование крови на цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, анализ влагалищного отделяемого на флору, а также на хламидиоз, микоплазмоз и др.
- выдача обменных карт и листов временной нетрудоспособности.
- консультативно-диагностические приемы акушера-гинеколога в течение двух недель после родов.
- услуги службы скорой медицинской помощи:
 - выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики;
 - медицинская транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию и, при необходимости, обратно.
- услуги стационара:
 - консультации акушера-гинеколога и других специалистов;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - хирургическое и консервативное лечение;
 - лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в стационаре;
 - пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала.

По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь; психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания; злокачественные новообразования, гемобластозы; туберкулез; наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, anomalies, нарушения), наследственные болезни обмена; anomalies развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены данные заболевания, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

По настоящей программе Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги и расходы:

- услуги, проводимые без медицинских показаний;
- услуги, не являющиеся услугами по ведению беременности;
- расходы Застрахованного лица на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными; кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корректирующие медицинские устройства и приспособления.
- услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованной в стационаре,

госпитализированной в течение срока действия договора страхования - до момента выписки из стационара или в соответствии со сроками, указанными в договоре страхования.

№ 8. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ» (ВКЛЮЧАЯ ОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ)

Настоящая Программа страхования «Родовспоможение» (включая осложненные роды с кесаревым сечением) предусматривает обращение Застрахованной в течение периода действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования в связи с оказанием акушерской помощи, а также иной, связанной с ней медицинской консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

Объем предоставляемых услуг:

- Амбулаторно-поликлинические услуги:
 - консультации специалистов;
 - инструментальные исследования;
 - лабораторно-диагностические исследования (RW, ВИЧ, Rh, группа крови, HBsантиген, HCV-антиген, клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазок на флору и др.).

- Услуги стационара:

- госпитализация в экстренном и плановом порядке;
- консультации акушера-гинеколога и других специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- обезболивание при родовспоможении;
- пребывание в предродовой и родовой палатах;
- родовспоможение, включая кесарево сечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента их выписки;
- питание, уход медицинского персонала;

- Осмотр акушером-гинекологом в течение 28 дней после родов, в случае необходимости (осложнения после родов) – госпитализация и лечение.

По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь; психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания; злокачественные новообразования, гемобластозы; туберкулез; наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены данные заболевания, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь; психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания; злокачественные новообразования, гемобластозы; туберкулез; наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни,

аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены данные заболевания, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

По настоящей программе Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги и расходы:

- услуги, проводимые без медицинских показаний;
- услуги, не являющиеся услугами по ведению беременности и родовспоможению;
- расходы Застрахованного лица на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными; кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корригирующие медицинские устройства и приспособления.
- услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованной в стационаре, госпитализированной в течение срока действия договора страхования - до момента выписки из стационара или в соответствии со сроками, указанными в договоре страхования.

№ 9. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)»

Настоящая Программа страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение (включая санаторно-курортное лечение)» предусматривает предоставление Застрахованному лицу необходимого по медицинским показаниям восстановительного (реабилитационного) лечения после проведенного амбулаторного и/или стационарного лечения.

Объем предоставляемых услуг.

- с целью предупреждения перехода болезни в хроническую стадию;
- для профилактики обострений и/или осложнений болезненных процессов;
- для сохранения работоспособности Застрахованного лица в медицинских организациях, санаториях, профилакториях и иных лечебных учреждениях в России, СНГ и за рубежом.
- Консультации врачей.
- Лабораторные и инструментальные исследования.
- Традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления.
- Лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства.
- Грязелечение.
- Климатолечение.
- Психотерапия.
- Водолечение.
- Мануальная терапия.
- Иглорефлексотерапия.
- Лечебная физкультура в тренажерном зале и бассейне.
- Физиотерапевтическое лечение.
- Массаж.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции по назначению врача.
- Оказание экстренной стоматологической помощи.
- Пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала.

Исключения из Программы страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

1. 3.1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 1.1. туберкулез, за исключением диагностики;
 - 1.2. инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);
 - 1.3. лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
 - 1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
 - 1.5. острые и хронические лучевые поражения;
 - 1.6. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
 - 1.7. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.
 - 1.8. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
 - 1.9. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
 - 1.10 онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования;
 - 1.11. гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.
 - 1.12 заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
 - 1.13. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.
2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):
- 2.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и/или коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;
 - 2.2. иммунопрофилактика;
 - 2.3. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);
 - 2.4. лечение психических заболеваний;
 - 2.5. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;
 - 2.6. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;
 - 2.7. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;
 - 2.8. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;
 - 2.9. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

- 3.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.8. Вследствие террористического акта

№ 10. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛИЧНЫЙ ВРАЧ»

По настоящей Программе страхования «Личный врач» Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги Застрахованным лицам закрепленным врачом-терапевтом в амбулаторно-поликлинических условиях и/или на дому.

Объем предоставляемых услуг.

- наблюдение и лечение личным врачом в период острых и обострения хронических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях,
- лечебно-диагностическая помощь личного врача на дому или на месте нахождения Застрахованного лица с привлечением при необходимости консультантов;
- лабораторные и инструментальные методы диагностики и лечения по назначению личного врача;
- лечебные манипуляции и физиотерапевтические процедуры;
- лечебно-консультативная и диагностическая помощь врачей специалистов (кардиолога, ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, невролога, травматолога, хирурга, уролога, проктолога, гинеколога, отоларинголога, офтальмолога, дерматолога, аллерголога, иммунолога, ортопеда, физиотерапевта) в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования, по направлению личного врача;
- ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни);
- госпитализация по медицинским показаниям с подготовкой всех документов для плановой госпитализации. Патронаж личного врача во время пребывания в стационаре.

№ 11. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВРАЧ ОФИСА»

По настоящей Программе страхования «Врач офиса» Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги по месту работы Застрахованных лиц в объеме, предусмотренном Программой страхования, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены следующие медицинские и иные услуги, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

Объем предоставляемых услуг.

- Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врача по месту работы Застрахованного лица.
- Оформление медицинской документации на рабочем месте Застрахованного лица.
- Инструментальные исследования: функциональная диагностика на рабочем месте Застрахованного лица.
- Процедуры, манипуляции и методы лечения:
 - инъекции;
 - хирургическая обработка ран и наложение повязок;
 - организация транспортной иммобилизации при травмах.

- Дополнительные услуги, оказываемые в рамках настоящей Программы страхования:
 - Организация вызова бригады скорой, том числе скорой специализированной, медицинской помощи случаям, требующих срочного медицинского вмешательства целях спасения жизни и сохранения здоровья Застрахованного лица при угрожающих жизни состояниях.
 - Составление индивидуальной программы лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий на основе результатов проведенного обследования.
 - Динамическое наблюдение за состоянием здоровья Застрахованного лица течение всего периода страхования.
 - Иммунопрофилактические мероприятия.

№ 12. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ»

По настоящей Программе страхования «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний» Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги при наступлении страхового случая в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара, а также услуг скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при одном или нескольких из перечисленных ниже состояниях и заболеваниях, впервые диагностированных у Застрахованного лица в период страхования, в объеме, предусмотренном Программой страхования, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования:

- Онкологические заболевания;
- Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица, требующие применения трансплантации органов, тканей;
- Заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов;
- Заболевания, требующие проведения кардиохирургических операций;
- Заболевания и состояния, сопровождающиеся острой почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа, перитонеального диализа;
- Травмы позвоночника, полученные в период действия договора страхования, требующие проведения оперативного лечения;
- Черепно-мозговые травмы, полученные в период действия договора страхования, требующие оперативного лечения;
- Острые и хронические вирусные гепатиты;
- Врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнения;
- Демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;
- Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;
- Сахарный диабет и его осложнения.

Объем предоставляемых услуг.

Услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: акушерству и гинекологии, алергологии-иммунологии, анестезиологии реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии, по лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медико-социальной экспертизе, неврологии,

нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пластической хирургии, применению методов традиционной медицины, профпатологии, психиатрии, наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, сурдологии, оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологииортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии, а также специалистов педиатрического профиля.

По согласованию между Страхователем и Страховщиком при условии применения дополнительных коэффициентов, перечень заболеваний и состояний может быть расширен или сокращен.

Оформление медицинской документации.

Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования, МРТ и КТ исследования, в том числе с введением контрастного вещества, ПЭТ КТ

Процедуры, манипуляции и методы лечения:

- лечебные и диагностические манипуляции;
- физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение, экстракорпоральные методы лечения, догоспитальная подготовка и последующее наблюдение.
- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

- Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию.
- Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.
- Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.
- Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.
- Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.
- Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.
- Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

Услуги скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи:

- Выезд бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля;
- Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;
- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.
- Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.
- Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Услуги, оказываемые в условиях стационара:

- Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, патологической анатомии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сурдологии, оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, традиционной медицины, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.
- Оформление медицинской документации.
- Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.
- Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.
- Процедуры, манипуляции и методы лечения:
 - лечебные и диагностические манипуляции,
 - консервативные методы лечения,
 - хирургические методы лечения,
 - реконструктивно-пластические операции, после проведения онкологических операций, - реанимационные мероприятия,
 - экстракарпоральные методы лечения,
 - химиотерапия, лучевая терапия.
 - физиотерапевтическое лечение,
 - восстановительное лечение,
 - методы традиционной диагностики,
 - методы традиционной терапии,
 - лечение средствами природного происхождения,
 - традиционные системы оздоровления,
 - восстановительное аппаратное лечение в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

- Обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия, и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.
- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения по рецепту врача медицинской организации.

Дополнительные услуги в рамках настоящей Программы страхования:

- доставка лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в учреждении, осуществляющем фармацевтическую деятельность, предоставляющем лекарственную помощь или реализующем изделия медицинского назначения.

- Пребывание в специализированном отделении стационара.

Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

- Питание.
- Индивидуальный медицинский пост.
- Услуги сиделки.
- Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях.

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.

- Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.
- Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.
- Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.
- Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.
- Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.
- Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть наступила в стране постоянного проживания.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы страхования.

Исключения из Программы страхования «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»

Не оплачиваются расходы или организация медицинских услуг, связанных со следующими заболеваниями или состояниями:

- Хронические заболевания, диагностированные и имевшиеся у Застрахованного лица на дату начала действия договора страхования, если иное не оговорено договором страхования.
- Уже имеющееся заболевание, которое развилось не более чем за 10 лет до даты начала страхования.
- Состояния, возникшие в течение «выжидательного периода» - периода времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого страховые риски, предусмотренные программой «Диагностика и лечение онко- и критических состояний/заболеваний», не признаются страховыми случаями или признаются страховыми случаями с определенными ограничениями, указанными в договоре страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, Выжидательный период определяется как первые 90 (девяносто) календарных дней со дня вступления в силу договора страхования.
- Лечение и (или) уход при заболевании и (или) телесном повреждении, которые непосредственно или косвенно связаны с алкоголизмом, злоупотреблением наркотиками, наркоманией, или последствиями воздействия алкоголя, психотропных препаратов, психоделических препаратов и (или) наркотических средств.
- Лечение любого заболевания или в связи с требованиями, возникающими непосредственно или косвенно в связи с химическим или биологическим загрязнением, воздействием асбеста или в связи с радиоактивным загрязнением ядерным материалом каким-либо образом.
- Медицинские услуги, связанные с эпидемиями на международном и местном уровне, или пандемиями.
- Требования, прямо или косвенно связанные с медицинской ошибкой или неисправностью медицинского/хирургического оборудования или аппаратуры.
- Лечение, вызванное отказом обратиться за медицинской помощью или лечением, или несоблюдением назначений, необоснованной задержкой в поиске или применении таких предписаний или лечения, или осложнения, возникающих в результате игнорирования таких предписаний. Требования, возникающие в результате авиаперевозок, когда Застрахованное лицо путешествует на сроке беременности свыше 28 недель.
- Стоимость процедуры трансплантации, в том числе использование механических органов или органов животных, удаление органа для трансплантации другому человеку, покупка донорского органа, лечение заболевания, вызванного трансплантацией органов, за исключением случаев, когда соответствующее заболевание включено в объем страхового покрытия этим страховым полисом, если трансплантация связана с алкогольным поражением печени, проводится в качестве аутологичной трансплантации, когда Застрахованное лицо является донором для третьего лица или если трансплантация становится возможной путем покупки донорских органов.
- Осложнения, вызванные трансплантацией органов, кроме случаев, когда осложнение возникает во время ранее одобренного стационарного, дневного или послеоперационного амбулаторного лечения по поводу трансплантации органов.
- Страховщик не покрывает стоимость медицинского вмешательства, необходимого по причине заболевания СПИДом (синдром приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или какого-либо заболевания, связанного с указанными болезнями (включая саркому Капоши) и любое лечение по поводу СПИД и ВИЧ.
- Страховщик не оплачивает лечение в случае пребывания в больнице больше 60 дней подряд при необратимом неврологическом повреждении или пребывании в устойчивом вегетативном состоянии.
- Медицински значимые изменения или ограничения в случае развития церебрального синдрома, старческой деменции или нарушения функции головного мозга.
- Врожденные нарушения, которые развились до даты начала действия страхования и по поводу, которого ранее обращались за лечением или консультацией.
- Хроническая почечная недостаточность или почечная недостаточность в терминальной стадии, при которой требуется регулярный или длительный диализ.

- Стоимость лечения при попытке самоубийства, преднамеренном самоповреждении, неосмотрительном или безрассудном поведении и (или) неоправданное подвержение себя опасности, за исключением попыток спасти человеческую жизнь.

Не оплачиваются следующие услуги:

- Лечение, полученное после истечения срока действия договора страхования, даже если лечение уже было предварительно разрешено, но на дату прекращения договора страхования не было получено.

- Услуги хосписа.

- Искусственное жизнеобеспечение, включая использование аппарата искусственного поддержания жизни, если, по мнению лечащего практикующего врача или специалиста, такое обеспечение не приведет к выздоровлению или восстановлению прежнего состояния здоровья.

- Косметическое или эстетическое лечение, или лечение, которое проводится для восстановления внешности по причине заболевания, травмы или предыдущей операции, если это не предусмотрено договором страхования.

- Любые расходы, связанные с лечением, обслуживанием или лекарственной терапией, которые Страховщиком определяются как экспериментальные или неподтвержденные для официального применения на основании общепринятой клинической практики и предоставленные нелицензированным врачом или близким членом семьи.

- Диетические или пищевые добавки и вещества, включая, помимо прочего, витамины, минералы, белковые добавки, детское питание и органические вещества независимо от того, назначены ли они практикующим врачом/врачом-специалистом и (или) признано, что они оказывают терапевтический эффект.

- Генетические исследования, если договором страхования не предусмотрено иное.

- Госпитализация, медико-санитарная помощь на дому или услуги, оказываемые в центре или учреждении, связанном с помощью и уходом, в хосписе или доме престарелых, если договором страхования не предусмотрено иное.

- Страховщик не покрывает расходы, понесенные до госпитализации с целью получения согласованного с ним лечения, за исключением случаев, когда они предусмотрены договором страхования о страховании и связаны с лечением, которое Страховщик подтвердил и которое необходимо осуществить до госпитализации.

- Страховщик не оплачивает рецепты свыше двух месяцев приема последующих лекарств в стране постоянного местожительства (или, в случае злокачественного новообразования, свыше ограничения размеров выплат, определенного в договоре страхования в отношении злокачественного новообразования).

- Стандартное медицинское обследование, медосвидетельствование или исследования для исключения наличия заболевания без симптомов

- Затраты на второе или последующее медицинское заключение от врача-терапевта или специалиста по тому же заболеванию, если только это не было одобрено и организовано Страховщиком.

- Стоимость телефонных звонков.

- Расходы на проезд и проживание, понесенные Застрахованным лицом или третьим лицом от имени Застрахованного лица, которые предварительно не были предусмотрены или разрешены Страховщиком.

№ 13. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»

По настоящей Программе страхования «Профилактика заболеваний» Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу, в объеме, предусмотренном Программой страхования, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных настоящими Условиями, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

Объем предоставляемых услуг.

- Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей.
- Оформление медицинской документации.
- Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.
 - Инструментальные исследования: функциональная ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, исследования.
 - Процедуры, манипуляции и методы лечения:
 - Диагностические манипуляции диагностика, эндоскопические
 - Сбор медицинской информации, определение социально-бытовых условий и выявление факторов риска, влияющих на здоровье Застрахованного лица.
 - Проведение врачебной экспертизы состояния здоровья.
 - Иммунопрофилактика.
 - Профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами.
 - Проведение предварительных медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.
 - Проведение периодических медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.
 - Проведение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров.

№ 14. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДЕТИ»

По настоящей Программе страхования «Дети» Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному ребенку в возрасте до 17 лет включительно.

Объем предоставляемых услуг.

«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному ребенку (после года) при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении.

- Прием врачей педиатрического профиля, с выдачей при необходимости медицинских справок и рецептов.
- Профилактические приемы специалистов педиатрического профиля, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
- Патронаж.
- Инструментальная диагностика.
- Лабораторная диагностика.
- Лечебные процедуры по назначению лечащего врача в случаях, когда необходимость их проведения возникла в связи с острым заболеванием, обострением хронического заболевания:
 - физиотерапевтическое лечение;
 - лечебный массаж;
 - ЛФК;
- Вызов врача на дом. При острых состояниях, не позволяющих с ребенком обратиться в медицинскую организацию.
- Осмотр Застрахованного лица на дому, забор материала для лабораторных исследований, проведение функциональных исследований (ЭКГ, УЗИ), если данные исследования необходимы по медицинским показаниям. Выполнение врачебных назначений.
- Медицинские услуги с использованием дневного стационара и стационара на дому.
- Иммунопрофилактика заболеваний, согласно национальному календарю профилактических прививок.

«Скорая медицинская помощь»

Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги при острых состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица, возникших в период действия договора страхования и требующих скорой и неотложной медицинской помощи:

Вызов бригады скорой помощи производится через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам: _____.

Услуги скорой и неотложной медицинской помощи:

Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи

- первичный осмотр больного;
- проведение необходимой экспресс - диагностики в объеме, имеющемся в автомобиле «скорой помощи»;
- экстренные лечебные манипуляции: введение лекарственных препаратов, первичная обработка ран, перевязки и т.п.;
- медицинская транспортировка и госпитализация при необходимости в стационар.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

«Стоматология»

Страховщик организует и оплачивает стоматологическую помощь при острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний и травмах зубов, слизистой полости рта и челюстно-лицевой области.

Терапевтическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;
- лечение осложненного и не осложненного кариеса и не кариозных поражений зубов;
- пломбирование специальными композитами кариозных полостей (свето- и химического отверждения); восстановление коронковой части зуба при ее разрушении не более, чем на 50%.
- лечение заболеваний мягких тканей полости рта;
- анестезия по показаниям;
- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография по медицинским показаниям;
- покрытие зубов фторсодержащими препаратами (строго в лечебных целях при гиперестезии твердых тканей зубов).

Хирургическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;
- анестезия импортными анестетиками (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография по медицинским показаниям;
- удаление зубов (простое, сложное).
- лечение острых стоматологических хирургических заболеваний и травм челюстно – лицевой области (вскрытие абсцессов).
- лечение заболеваний слизистой полости рта и языка.
- лечение заболеваний слюнных желез.
- лечение доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (по согласованию со Страховщиком).

Ортодонтическое лечение.

«Стационарная медицинская помощь»

Страховщик организует и финансирует предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при остром и обострении хронического заболевания, травме (в том

числе ожоге, отморожении), отравлении, кроме случаев, перечисленных в разделе Исключения.

Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия договора страхования состояния, угрожающие жизни и здоровью Застрахованного ребенка, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Госпитализация при обострении хронического заболевания осуществляется по направлению лечащего врача, после согласования со Страховщиком через информационно-сервисную службу в течение 3 (трех) рабочих дней с момента поступления заявки (направления) лечащего врача.

Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации:

- пребывание в стационаре в палате (согласованной в договоре комфортности) с мамой для детей до 6 лет, питание, уход медицинского персонала;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- консультации;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- хирургическое и/или консервативное лечение, включая врачебные манипуляции, перевязки, введение лекарственных препаратов и т.п.;
- анестезиологические пособия;
- лекарственное обеспечение, препараты крови и кровезаменители;
- физиолечение, массаж, занятия ЛФК и др., предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация может быть осуществлена бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.) в рамках настоящей Программы страхования подлежат только выявлению, если нет других условий в договоре. Последующее лечение осуществляется в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

Медицинская транспортировка (транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию), осуществляемое по показаниям с медицинским сопровождением.

«Реабилитационно-восстановительное лечение, включая санаторно-курортное лечение»

Программа страхования предусматривает предоставление Застрахованному ребенку необходимого по медицинским показаниям восстановительного (реабилитационного) лечения после проведенного амбулаторного и/или стационарного лечения

- с целью предупреждения перехода болезни в хроническую стадию;
- для профилактики обострений и/или осложнений болезненных процессов; в медицинских организациях, санаториях, профилакториях и иных лечебных учреждениях.
- Консультации врачей педиатрического профиля.
- Лабораторные и инструментальные исследования.
- Традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления.
- Лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства.
- Грязелечение.
- Климатолечение.
- Психотерапия.
- Водолечение.

- Мануальная терапия.
- Иглорефлексотерапия.
- Лечебная физкультура в тренажерном зале и бассейне.
- Физиотерапевтическое лечение.
- Массаж.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции по назначению врача.
- Оказание экстренной стоматологической помощи.
- Пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала.

Исключения из Программы страхования «Дети»:

1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 1.1. туберкулез, за исключением диагностики;
- 1.2. инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);
- 1.3. лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- 1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- 1.5. острые и хронические лучевые поражения;
- 1.6. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
- 1.7. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.
- 1.8. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
- 1.9. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
- 1.10 онкологические заболевания, гемобластозы;
- 1.11. гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.
- 1.12 заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 1.13. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

- 2.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и/или коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;
- 2.2. зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;
- 2.3. установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;
- 2.4. профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;
- 2.5. восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;
- 2.6. иммунопрофилактика;
- 2.7. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);
- 2.8. хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального

состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

2.9. лечение психических заболеваний;

2.10. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

2.11. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

2.12. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

2.13. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

2.14. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

3.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.8. Вследствие террористического акта

№ 15. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Программа страхования «Комплексная программа добровольного медицинского страхования» включает в себя возможный объем предоставляемых услуг и порядок оказания медицинской помощи, соответствующие следующим Программам страхования:

- «Амбулаторная помощь»
- «Стоматология»
- «Стационарная медицинская помощь»
- «Реабилитационно-восстановительная лечение»
- «Скорая медицинская помощь»

Исключения из Программы страхования «Комплексная программа добровольного медицинского страхования»:

1. 3.1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

1.1. туберкулез, за исключением диагностики;

1.2. инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;

1.3. лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);

1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

- 1.5. острые и хронические лучевые поражения;
- 1.6. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
- 1.7. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования.
- 1.8. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
- 1.9. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
- 1.10 онкологические заболевания, гемобласты, если иное не предусмотрено программой страхования к договору страхования.
- 1.11. гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.
- 1.12 заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 1.13. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

- 2.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и/или коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;
- 2.2. зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию, если иное не указано в договоре страхования;
- 2.3.
- 2.4. профилактические мероприятия в стоматологии, кроме услуг, прописанных в договоре страхования, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;
- 2.5. восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;
- 2.6. иммунопрофилактика, кроме услуг, прописанных в договор страхования;
- 2.7. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантатов);
- 2.8. хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;
- 2.9. лечение психических заболеваний;
- 2.10. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;
- 2.11. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;
- 2.12. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;
- 2.13. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;
- 2.14. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

- 3.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 3.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.8. Вследствие террористического акта

№ 16. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АНТИКЛЕЩ»

По настоящей Программе страхования «Антиклещ» Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу и направленные на профилактику и лечение заболеваний (клещевой энцефалит и болезнь Лайма), вызванных укусом клеща.

1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, направленные на профилактику и лечение заболеваний (клещевой энцефалит и болезнь Лайма) вызванных укусом клеща.

- Прием врача с выдачей при необходимости медицинских справок и рецептов.
- Лечебные процедуры: удаление присосавшегося клеща в амбулаторных условиях;

- Лабораторная диагностика: исследование клеща на вирулентность.
- Исследование на вирусемию или серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, болезни Лайма
- Введение иммуноглобулина высокого титра при наличии медицинских показаний, введение антибиотиков широкого спектра.

2. «Скорая медицинская помощь»

Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги при острых состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица, возникших в период действия договора страхования и требующих скорой и неотложной медицинской помощи:

Вызов бригады скорой помощи производится через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам: _____

Услуги скорой и неотложной медицинской помощи:

Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи

- первичный осмотр больного;
- проведение необходимой экспресс - диагностики в объеме, имеющемся в автомобиле «скорой помощи»;
- экстренные лечебные манипуляции;
- медицинская транспортировка и госпитализация при необходимости в стационар.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

3. «Стационарная медицинская помощь»

3.1. Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу клещевого энцефалита и болезни Лайма:

- пребывание в стационаре, питание, уход медицинского персонала;

- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- консультации специалистов;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- лечение, включая врачебные манипуляции, введение лекарственных препаратов и т.п.;
- анестезиологические пособия;
- лекарственное обеспечение;

3.2. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация может быть осуществлена бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

4. «Реабилитационно-восстановительное лечение»

Программа страхования предусматривает предоставление Застрахованному лицу необходимого по медицинским показаниям восстановительного (реабилитационного) лечения в связи с перенесенным в период действия договора страхования заболеванием клещевым энцефалитом или болезнью Лайма.

- Психотерапия.
- Лечебная физкультура
- Физиотерапевтическое лечение.
- Массажи.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции по назначению врача.
- Консультации врачей.

5. Исключения из Программы страхования «Антиклещ»:

1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 1.1. туберкулез, за исключением диагностики;
- 1.2. инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);
- 1.3. лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- 1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- 1.5. острые и хронические лучевые поражения;
- 1.6. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
- 1.7. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.
- 1.8. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
- 1.9. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
- 1.10 онкологические заболевания, гемобластозы;
- 1.11. гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.
- 1.12 заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

1.13. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

2.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и/или коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

2.2. зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

2.3. установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

2.4. профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

2.5. восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

2.6. иммунопрофилактика;

2.7. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

2.8. хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

2.9. лечение психических заболеваний;

2.10. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

2.11. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

2.12. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

2.13. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

2.14. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

3.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.8. Вследствие террористического акта

№ 17. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ И РЕПАТРИАЦИЯ»

По настоящей Программе страхования «Медико-транспортные услуги и репатриация» Страховщик организует и оплачивает медико-транспортные услуги, предоставляемые Застрахованному лицу при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении в случаях:

Транспортировка Застрахованного лица в лечебное учреждение для оказания медицинской помощи амбулаторной или с целью госпитализации (по показаниям сопровождающие медицинский персонал).

Транспортировка Застрахованного лица из лечебного учреждения на постоянное место проживания, лечения (по показаниям сопровождающие медицинский персонал).

Транспортировка в случае смерти Застрахованного лица в результате внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, травм, ожогов и обморожений, отравлений (при условии, что данные события, их причины не указаны в разделе Исключения), произошедшей на территории России, но за пределами региона постоянного проживания. Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок. Медико-транспортные услуги не оказываются с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.

Не подлежат оплате и возмещению расходы, возникшие в результате оказания услуг, оплата которых не предусмотрена настоящей Программой страхования: возникшие при оказании сервисных услуг, связанные с любой транспортировкой Застрахованного лица или иных лиц, организованной не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком; связанные с получением сервисных услуг с целью дополнительного комфорта, наличием дополнительных удобств, технических средств и медицинских изделий, не являющихся необходимыми в соответствии с медицинскими показаниями, имевшие место после даты истечения срока действия договора страхования.

В случае смерти Застрахованного лица - гражданина иностранного государства в результате внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, травм, ожогов и обморожений, отравлений (при условии, что данные события, их причины не указаны в разделе Исключения), произошедшей на территории действия договора страхования: оплачиваются согласованные со Страховщиком (санкционированные в письменном виде) услуги по репатриации останков до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции) на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица, ближайшего к месту жительства Застрахованного лица. Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок. Репатриация не производится с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.

Не подлежат оплате, не подлежат возмещению расходы возникшие в результате оказания услуг, оплата которых не предусмотрена настоящей Программой страхования: возникшие при оказании ритуальных услуг, услуг по репатриации останков при суициде; связанные с причинением морального вреда; связанные с любой транспортировкой Застрахованного лица или иных лиц, организованной не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком.

Исключения из Программы страхования «Медико-транспортные услуги и репатриация»:

1. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- 1.1. туберкулез, за исключением диагностики;
- 1.2. инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);
- 1.3. лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- 1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- 1.5. острые и хронические лучевые поражения;
- 1.6. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);

1.7. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.

1.8. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.

1.9. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.

1.10 онкологические заболевания, гемобластозы;

1.11. гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

1.12 заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

1.13. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

2.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и/или коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

2.2. зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

2.3. установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

2.4. профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

2.5. восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

2.6. иммунопрофилактика;

2.7. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

2.8. хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

2.9. лечение психических заболеваний;

2.10. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

2.11. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

2.12. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

2.13. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

2.14. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

3.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- 3.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- 3.8. Вследствие террористического акта.

№ 18. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ГОСТЕВОЙ ПОЛИС»

Настоящая Программа страхования «Гостевой полис» предусматривает оказание, при наступлении страхового случая, иностранному гражданину, лицу без гражданства, въехавшему в Российскую Федерацию с целью временного осуществления трудовой деятельности и находящемуся на территории Российской Федерации на законных основаниях, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в соответствии с условиями договора страхования и в предусмотренном настоящей Программой объеме.

Перечень медицинских услуг, являющихся страховыми случаями, по которым Страховщиком гарантирована оплата в рамках настоящей Программы страхования «Гостевой полис» (далее по тексту – Программы страхования):

1. При оказании первичной медико-санитарной помощи:

- Первичные осмотры и контрольные осмотры, выполняемые по медицинским показаниям врачами терапевтами, врачами терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами-специалистами (хирургом, травматологом, урологом, кардиологом, офтальмологом, отоларингологом, гинекологом) с назначением обследования и лечения в амбулаторных условиях.
 - Лечение в амбулаторных условиях: выполнение по медицинским показаниям неотложных вмешательств в амбулаторных условиях, проводимых под местной анестезией.
 - Диагностические услуги (оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения в соответствии с медицинскими показаниями):
 - рентгенологические исследования,
 - функциональная диагностика (ЭКГ),
 - ультразвуковые исследования.
 - лабораторная диагностика: общеклинические анализы крови и мочи, общетерапевтический биохимический анализ крови, При наличии медицинских показаний выполнение контрольных лабораторных анализов.
 - Стоматологическая помощь в неотложной форме по поводу острой зубной боли: первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом, прицельная рентгенография, местная анестезия (проводниковая, инфильтрационная), удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов; при травме зуба – услуги по обезболиванию, удалению зуба или по обезболиванию, наложению повязки на вскрывшуюся пульпу, удалению отломков, устранению острых краев коронки зуба / культи зуба).

Дополнительно в Программу страхования входят (в пределах страховой суммы):

- серопрофилактика столбняка, выполняемая по медицинским показаниям в рамках неотложной помощи;
- выдача листка нетрудоспособности по показаниям.

2. При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме (лечение в стационарных условиях):

- проведение диагностических исследований;
- оперативные вмешательства;
- лечение, в том числе в условиях интенсивной терапии, с применением назначенных врачами лекарственных средств, крови и её компонентов, перевязочных материалов, средств иммобилизации (гипсовых повязок);
- пребывание в стандартной (общей) палате.

3. Услуги по репатриации с территории Российской Федерации:

В случае смерти Застрахованного лица в результате внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, травм, ожогов и обморожений, отравлений

(при условии, что данные события, их причины не указаны в разделе 4 настоящей Программы страхования), произошедшей на территории действия договора страхования: оплачиваются согласованные со Страховщиком (санкционированные страховщиком в письменном виде) услуги по репатриации останков до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции) на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица. Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок. Репатриация не производится с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.

4. Страховая выплата по Программе страхования «Гостевой полис» не производится при возникновении расходов в результате событий, не являющихся страховым случаем.

4.1. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, не предусмотренную настоящей Программой страхования, не согласованное со Страховщиком, а также в связи с событием, не указанным в определении страхового случая настоящей Программы страхования.

4.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за медицинской помощью, смерть Застрахованного лица, если данные последствия возникли:

- во время пребывания Застрахованного лица на территории Российской Федерации (при совершении поездки) с целью получения услуг по профилактике, диагностике и лечению;
- в связи с полетом Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

- в связи развитием заболевания, получением травмы в результате участия Застрахованного лица в скачках, автогонках, занятиями профессионально и любительски любыми видами спорта, тренировками и участием в соревнованиях, в том числе непрофессиональных спортсменов; - в связи с заболеванием, травмой увечьем, полученными в результате террористических актов, противоправных действий самого Застрахованного лица, участия в митингах, демонстрациях, беспорядках или военных действиях, участия в любых вооруженных формированиях; во время стихийных бедствий; при обращении с оружием, в том числе не летательным;

- в связи с наступлением последствий оказания медицинских услуг лицом, не имеющим лицензии на право осуществления медицинской деятельности;

- при наличии у Застрахованного лица медицинских противопоказаний к путешествию;

- при развитии травмы, острого заболевания, обострения хронического заболевания не на территории действия страхового полиса, до начала действия договора страхования.

4.3. Не подлежат оплате, не подлежат возмещению расходы возникшие в результате оказания услуг, оплата которых не предусмотрена настоящей Программой страхования: возникшие при оказании ритуальных услуг, услуг по репатриации останков при суициде; связанные с причинением морального вреда; связанные с любой транспортировкой Застрахованного лица или иных лиц, организованной не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком; связанные с получением сервисных услуг с целью дополнительного комфорта: улучшенным размещением, в том числе в одноместных, двухместных, трехместных палатах, организацией индивидуального поста, наличием в палате дополнительных удобств, технических средств и медицинских изделий, не являющихся необходимыми в соответствии с медицинскими показаниями; связанные с оказанием медицинской помощи и любых услуг вне территории Российской Федерации; имевшие место после даты истечения срока действия договора страхования.

4.4. Оплата услуг не производится, если необходимость в их оказании возникла в результате:

- острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, травм, ожогов и отравлений, возникших до начала действия страхового полиса;

- психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, включая связанных с психическими расстройствами и расстройствами поведения прямой причинно-следственной связью заболеваний и травм; травм, ожогов, обморожений, заболеваний, связанных прямой

причинно-следственной связью с приемом алкоголя, наркотических, токсических средств, по поводу последствий алкогольной и / или наркотической интоксикации;

- последствий умышленного причинения Застрахованным лицом себе вреда, включая попытку самоубийства;
- эпилепсии, других эпизодических и пароксизмальных расстройств,
- демиелинизирующих, дегенеративных и атрофических заболеваний нервной системы, экстрапирамидных и других двигательных нарушений;
- кондуктивной и нейросенсорной потери слуха;
- болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ, их осложнений, метаболического синдрома;
- системных поражений соединительной ткани, васкулитов, болезни Бехтерева, а также всех недифференцированных коллагенозов, ревматоидного артрита, ревматических болезней, подагры;
- остеопатии (кроме остеомиелита, возникшего в результате событий, являющихся страховыми случаями) и хондропатии; пяточные шпоры, вальгусные деформации стоп; все формы плоскостопия (в том числе с болевым синдромом);
- дерматитов и экзем, псориаза, микозов;
- хориоретинальных дистрофий, глаукомы, астигматизма, астигматизма, макулодистрофии, амблиопии, миопии, болезней хрусталика;
- туберкулез;
- импотенции, эректильной дисфункции, бесплодия;
- заболеваний пародонта, кариеса, некариозных поражений зубов;
- заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью;
- острой и хронической лучевой болезни;
- профессиональных заболеваний;
- орфанных заболеваний; врожденные аномалии, пороки развития, наследственные заболевания, вызванные генетическими и хромосомными нарушениями;
- беременности и родов, связанных с ними состояний, в том числе, осложненного течения беременности, осложнений родов;
- заболеваний, связанных с применением различных методов контрацепции;
- заболеваний, состояний, связанных с добровольным отказом Застрахованного лица от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;
- заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека, включая СПИД, другие виды врожденного или приобретенного иммунодефицита;
- хронических и острых гепатитов, в том числе вирусных гепатитов и их осложнений, цирроза, фиброза печени;
- аутоиммунных заболеваний,
- аллергических заболеваний, астмы;
- доброкачественных новообразований, в том числе внутричерепных;
- злокачественных новообразований, новообразований *insitu*;
- заболеваний органов и тканей, требующих трансплантации, имплантации, протезирования;
- заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам, лицам без гражданства или вида на жительство или разрешения на работу в Российской Федерации, "атипичную пневмонию" (SARS); заболеваний, против которых проводится специфическая иммунизация в соответствии национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям; инфекционных болезней, в том числе паразитозов, включая гельминтозы, кроме острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей, неспецифических пневмонии, бронхита.

4.4. Не подлежат оплате следующие услуги / виды помощи / материалы:

- услуги, оплата которых прямо не предусмотрена настоящей Программой страхования, оказанные без согласования со Страховщиком;
- все виды медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, медицинская помощь, оказываемая в экстренной форме;
- вызов врача на дом, оказание услуг на дому, оказание услуг в условиях дневного стационара, пребывание в дневном стационаре;
- услуги, оказанные без медицинских показаний, по желанию Застрахованного лица, не согласованные со Страховщиком в случаях, когда такое согласование является обязательным;
- кардиохирургические вмешательства, в том числе установка водителей ритма; эндоваскулярные методы диагностики и лечения, включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную абляцию, ангиохирургические вмешательства, кроме выполняемых по поводу травм, полученных во время действия договора страхования; все виды ангиографии; - нейрохирургические вмешательства, кроме выполняемых по поводу травм, полученных во время действия договора страхования;
- исследования с помощью радионуклидов и методы радиационной терапии, мультиспиральная компьютерная томография, компьютерная томография с контрастированием, магнитно-резонансная томография с контрастированием, магнитно-резонансная томография в сосудистом режиме;
- стоматологические услуги (кроме объема, предусмотренного настоящей Программой страхования), в том числе, все виды постоянного пломбирования каналов, все виды постоянного пломбирования и восстановления коронок зубов, удаление ретенированных и дистопированных зубов, лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими, ортодонтическими конструкциями, условное лечение зубов (лечение без гарантии);
- экстракорпоральное воздействие на кровь и трансфузиологические пособия, внутривенная озонотерапия, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;
- массаж, лечебная физкультура, механотерапия, тракционная терапия, все виды рефлексотерапии, мануальная терапия, физиотерапия (в том числе лечение с помощью лучевого (звукового, светового, ультрафиолетового, лазерного) воздействия), в том числе в стоматологии, электромагнитное лечебное воздействие на органы и ткани, электросон, гипноз; лечение климатическими воздействиями, бальнеологическое лечение;
- услуги, оказанные с оздоровительной, профилактической и косметической целью, традиционные, народные методы диагностики и лечения, гомеопатия, гирудотерапия, фитотерапия, галотерапия, спелеотерапия, энергоинформатика; диагностика по методу Фоля; диагностика и лечение с использованием экспериментальных, авторских методик; услуги, связанные с телемедициной;
- все виды протезирования, имплантации, ортопедические, ортодонтические вмешательства; пластическая хирургия; реконструктивные операции;
- лазерная хирургия глаз, аппаратные методы лечения в офтальмологии, подбор очков, контактных линз;
- удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязиона;
- оперативные вмешательства, выполняемые под общей анестезией вне стационара, общая анестезия вне стационара;
- вакцинация, специфическая десенсибилизация;
- услуги по планированию семьи (в том числе выявление TORCH-инфекций), подбор методов контрацепции, выполнение вмешательств, способствующих или предотвращающих половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, введение и удаление ВМС; родовспоможение,
- диагностика инфекций, передающихся преимущественно половым путем; серологические, иммунологические, цитологические, гистологические, гормональные исследования, ПЦР-диагностика, генетические исследования / ДНК-диагностика; исследование онкомаркеров;
- покупка лекарственных препаратов при оказании услуг в амбулаторных условиях; покупка медицинских изделий (включая, но не ограничиваясь, все виды имплантатов, протезов, эндопротезов, в том числе искусственных хрусталиков), а также их ремонт, настройка / адаптация, средства ухода за больными, костыли, средства иммобилизации (кроме гипсовых повязок); - обследование, проводимое с целью оформления справок, в том

числе санаторно-курортной карты, справок для получения водительского удостоверения, разрешения на ношение оружия, выезда за границу, поступления в учебные заведения;

- реабилитационно-восстановительное лечение, санаторно-курортное лечение; - высокотехнологичная медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, все виды медицинской эвакуации.

5. Особые условия.

5.1. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом и других диспансерах, а также в центрах профилактики и борьбы со СПИДом или имеющие инвалидность I –II группы.

5.2. На страхование не принимаются лица – граждане, лица без гражданства, приехавшие из стран Северной и Южной Америки, Африки, Австралии, стран Европейского союза, стран Европы, не входящих в ЕС, беженцы, другие лица, имеющие в соответствии с действующим законодательством право на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, лица, находящиеся на территории Российской Федерации незаконно, а также лица младше 18 лет и старше 65 лет.

5.3. Заключая договор страхования, Застрахованное лицо подтверждает, что не является носителем заболеваний, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы страхования. Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного лица, состоящего на диспансерном учете, или имеющего заболевание из числа указанных в разделе 4 настоящей Программы страхования, или имеющего I - II группу инвалидности, а также при первичном выявлении указанных заболеваний или установлении Застрахованному лицу I – II группы инвалидности, Страховщик имеет право расторгнуть договор страхования в отношении такого Застрахованного лица. Медицинские услуги таким Застрахованным лицам оплачиваются до наступления перечисленных обстоятельств.

5.4. Если на дату завершения действия договора страхования Застрахованное лицо находится на лечении в стационарных условиях, и лечение Застрахованного лица по поводу заболевания, признанного страховым случаем, не завершено, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказываемые в течение 10 (десяти) календарных дней лечения в стационарных условиях после окончания действия договора страхования.

6. Страховой полис действует на всей территории Российской Федерации.

При обращении к Страховщику Застрахованного лица для организации специализированной медицинской помощи в неотложной форме в стационарных условиях, при обращении представителя Застрахованного лица для организации репатриации останков Застрахованного лица, страховыми признаются события, наступившие не ранее, чем через 10 (десяти) календарных дней с даты вступления договора страхования в силу и не позднее даты окончания договора страхования.

№ 19. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»

1. По настоящей Программе страхования «Телемедицина» Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг путем дистанционных (телемедицинских) онлайн-консультаций, которые проводятся с использованием сервиса «___», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным лицом (его представителем) и медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Телемедицина».

2.1. Медицинские и иные услуги:

2.1.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «___», проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством

Российской Федерации, перечень которых опубликован на официальном сайте Страховщика ___ и на сайте ___ (далее также – сайт «___»), а именно:

- срочные онлайн-консультации дежурным врачом терапевтом⁶ / педиатром⁷, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса);
- плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра/терапевта и предварительной записи;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн- консультации.

Онлайн-консультация может проходить в видео / аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 (пятнадцать) мин.

2.1.2. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов следующих медицинских учреждений: _____ – в количестве, определенном договором страхования на период действия договора страхования. Установленный лимит длительности консультации – до 30 (тридцати) мин.

2.1.3. Прием (очная консультация) врачами узкой специализации в профильной медицинской организации по медицинским показаниям и письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы страхования, не более 1 (одного) раза за период действия договора страхования.

2.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

- организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы страхования. Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного лица / представителя Застрахованного лица, или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС;
- содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы страхования. Диагностические обследования и лечение оплачиваются за счет средств Застрахованного лица / представителя Застрахованного лица, или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС;
- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного лица, где сохраняются история обращений по Застрахованному лицу и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках настоящей Программы страхования.

3. Условия предоставления услуг.

3.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы страхования могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы страхования).

3.2. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн-консультации), их профессиональном образовании, квалификации и т.п. размещена на сайте «___».

3.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного лица (его представителя):

- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

3.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе медицинской информации и документации, предоставленной Застрахованным лицом

⁶ Для Застрахованных лиц возрастом от 18 до 100 лет.

⁷ Для Застрахованных лиц возрастом от 1 до 17 лет включительно.

Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным лицом (его представителем) медицинской информации и документации во время консультации.

3.5. Застрахованное лицо (его представитель) до начала проведения онлайн-консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному лицу диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса «___» через «Личный кабинет» Застрахованного лица.

3.6. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного лица (его представителя) о специалистах, к которым следует обратиться для постановки (подтверждения, уточнения) диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

3.7. Застрахованному лицу (его представителю) предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного лица, **за исключением:**

— вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

— вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

3.8. По результатам телемедицинской онлайн-консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного лица, которая размещается и хранится в «Личном кабинете» Застрахованного лица.

3.9. Услуги в форме срочной онлайн-консультации дежурным врачом-консультантом могут быть оказаны Застрахованному лицу круглосуточно, услуги в форме онлайн-консультации по записи – врачом-консультантом (терапевтом / педиатром, профильным специалистом) только в заранее указанное при записи время.

3.10. Телемедицинские онлайн-консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений могут быть оказаны Застрахованному лицу только по записи через дежурного врача в заранее указанное при записи время.

3.11. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

4. Порядок предоставления услуг

4.1. Для получения услуг в рамках настоящей Программы страхования Страхователь / Застрахованное лицо (его представитель) должен активировать Полис на сайте «___» (в случае если в Полисе не указан Страхователь и Застрахованное лицо) и зарегистрироваться на сайте «___» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

4.2. После регистрации на сайте «___» Застрахованное лицо (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

4.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного лица на сайте «___», который позволяет Застрахованному лицу (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться с врачом, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованное лицо (его представитель) может отправлять прикрепленные медицинские документы для их просмотра врачом, который проводит онлайн-консультацию.

4.4. Связь Застрахованного лица (его представителя) с врачом-консультантом при срочной онлайн-консультации осуществляется следующим образом:

— Застрахованное лицо (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет». В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованное лицо (его представитель) отправляет запрос по телефону_. При этом способе связи Застрахованное лицо (его представитель) может быть

ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «___». Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации. В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при регистрации, звонок будет перенаправлен в службу технической поддержки, которая после идентификации Застрахованного лица, изменит телефон для связи в «Личном кабинете» и именно по этому номеру перезвонит врач;

— свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным лицом (его представителем) с использованием сервиса «___» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного лица (его представителя), указанный при регистрации на сайте «___»;

— происходит соединение врача с Застрахованным лицом (его представителем) и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 (трех) минут;

— по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного лица с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному лицу. Застрахованному лицу (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил(а) заключение в системе «___».

4.5. Связь Застрахованного лица (его представителя) с врачом-консультантом при онлайн-консультации по записи осуществляется следующим образом:

— Застрахованное лицо (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет». В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет), Застрахованное лицо (его представитель) отправляет запрос по телефону ;

— свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным лицом (его представителем) с использованием сервиса «___» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного лица (его представителя), указанный при регистрации на сайте «___», выбирает врача из списка врачей-консультантов, в том числе по указанию Застрахованного лица (его представителя), резервирует время врача;

— в обозначенное Застрахованным лицом (его представителем) время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным лицом (его представителем) и начинается онлайн-консультация;

4.6. по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного лица с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному лицу. Застрахованному лицу (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил(а) заключение в системе «___».

4.7. В случае повторной онлайн-консультации с выбранным врачом-консультантом Застрахованное лицо (его представитель) может самостоятельно записаться на онлайн-консультацию через «Личный кабинет».

4.8. Связь Застрахованного лица (его представителя) с врачом-экспертом осуществляется следующим образом:

— Застрахованное лицо (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет»;

— свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным лицом (его представителем) с использованием сервиса «___» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного лица (его представителя), указанный при регистрации на сайте «___», выбирает врача из списка, в том числе по указанию Застрахованного лица (его представителя), резервирует время врача;

— в обозначенное Застрахованным лицом (его представителем) время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным лицом (его представителем) и начинается онлайн-консультация;

— по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного лица с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному лицу. Застрахованному лицу (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил(а) заключение в системе «___»;

— в случае если Застрахованное лицо (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «___» по контактными данным, указанными на сайте «___», либо

через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

4.9. В случае если в момент, когда врач пытается связаться с Застрахованным лицом (его представителем), Застрахованного лица (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и врач не смог связаться с Застрахованным лицом (его представителем) посредством сервиса «___» и не смог дозвониться до Застрахованного лица (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «___», врач пытается связаться с Застрахованным лицом (его представителем) посредством возможностей сервиса «___», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного лица (его представителя) в системе сервиса «___». В случае если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованное лицо (его представитель) не войдет в систему сервиса «___», заявка на онлайн-консультацию считается завершенной и исполненной.

4.10. Никакие претензии относительно сроков проведения онлайн-консультации не принимаются, если Застрахованное лицо (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса.

4.11. В случае если после отправки запроса Застрахованное лицо (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «___» по контактными данным, указанным на сайте «___», либо через «Личный кабинет» до начала оказания услуги.

4.12. Для организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, рекомендованных врачом во время онлайн-консультации в рамках настоящей Программы страхования, Застрахованное лицо (его представитель) оставляет заявку на организацию необходимых услуг с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации.

5. Технические характеристики оборудования и программное обеспечение.

5.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на сайте «___», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», представитель Застрахованного лица должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик.

5.1.1. При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеочкамера с разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- подключенный к компьютеру микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео или аудиосвязи);
- операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X;
- обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

5.1.2. При использовании мобильного телефона:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

5.2. Застрахованное лицо (его представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховщик, сервис «___» и медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным лицом услуги, возникшую из-за оборудования Застрахованного лица.

5.3. Сервис «___» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств. Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

6. Исключения из Программы страхования «Телемедицина»

6.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений – более 3 (трех) раз за период действия договора страхования.

6.2. Прием (очная консультация) врачами узкой специализации в профильной медицинской организации по медицинским показаниям и письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы страхования, более 1 (одного) раза за период действия договора страхования.

6.3. Организация приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения без письменных рекомендаций врача, по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы страхования.

6.4. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой страхования.

6.5. Услуги, предусмотренные настоящей Программой страхования, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан, утвержденным приказом ООО Страховой Компании «Гелиос» от 18.06.2021 № 51

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ГРАЖДАН**

1. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

При осуществлении добровольного медицинского страхования граждан применяются базовые страховые тарифы, значения которых указаны в таблице 1.

В этой таблице значения базовых страховых тарифов указаны в процентах от страховой суммы и соответствуют сроку действия договора страхования продолжительностью один год.

Таблица 1.

Номер Программы	Наименование Программы страхования	Базовый страховой тариф, % от страховой суммы
№ 1.	«Амбулаторно-поликлиническая помощь»	18,418
№ 2.	«Скорая медицинская помощь»	6,293
№ 3.	«Стоматология»	25,174
№ 4.	«Стационарная медицинская помощь»	15,069
№ 5.	«Лекарственные средства»	5,330
№ 6.	«Вакцинация»	3,388
№ 7.	«Дородовое наблюдение беременных женщин, включая наблюдение беременности с патологией со стационарным лечением»	15,069
№ 8.	«Родовспоможение» (включая осложненные роды с кесаревым сечением)	5,100
№ 9.	«Реабилитационно-восстановительное лечение (включая санаторно-курортное лечение)»	15,147
№ 10.	«Личный врач»	7,798
№ 11.	«Врач офиса»	8,152
№ 12.	«Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»	12,218
№ 13.	«Профилактика заболеваний»	9,040
№ 14.	«Дети»	14,146
№ 15.	«Комплексная программа добровольного медицинского страхования»	10,544
№ 16.	«Антиклещ»	0,423
№ 17.	«Медико-транспортные услуги и репатриация»	5,347
№ 18.	«Гостевой полис»	15,819
№ 19.	«Телемедицина»	4,270

2. ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ

Цель применения поправочных коэффициентов – обеспечение принципа эквивалентности обязательств Страхователя и Страховщика в каждом договоре страхования. Если Страховщик будет принимать плату за страхование, исходя только из размера базового страхового тарифа, то Страхователь, у которого степень риска ниже «нормальной» будет переплачивать за Страхователя, у которого она выше. Коэффициент 1,0 соответствует нормальной степени риска, для которой рассчитан базовый страховой тариф.

K_p - совокупный поправочный рисковый коэффициент к годовому базовому страховому тарифу определяется как произведение всех выше перечисленных поправочных коэффициентов K_{pj} :

$$K_p = \prod_{j=1}^n K_{pj},$$

где n – установленное количество факторов риска, влияющих на величину страхового тарифа при заключении конкретного договора страхования;

K_{pj} - поправочный рисковый коэффициент.

Совокупный поправочный рисковый коэффициент K_p к годовому базовому страховому тарифу (без учета коэффициентов краткосрочности и долгосрочности) не может быть меньше 0,1 и больше 8,0, т.е. $0,1 \leq K_p \leq 8,0$.

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 страховым тарифам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем приложении к Правилам добровольного медицинского страхования граждан указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальный страховой тариф, учитывающий особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.

Страховщик имеет право применять к настоящим базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты из диапазона, указанного в таблице 2.

Таблица 2.

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов	
	от	до
Пол и возраст Застрахованного лица	0,6	5,0
Общее состояние здоровья Застрахованного лица (наличие хронических заболеваний, их количество и тяжесть, наличие перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного лица	0,5	5,5
Характер производственной деятельности Застрахованного лица, а также род его увлечений и способы проведения досуга	0,5	3,0
Территория проживания Застрахованного лица	0,7	3,0
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными Программами страхования	1,0	3,0
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными Программами страхования (список исключений из Программы страхования)	0,4	1,0

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов	
	от	до
Территория (регион) страхования	0,7	1,5
Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0,4	1,0
Ценовая категория медицинского учреждения	0,2	4,0
Уплата страховой премии в рассрочку	1,0	1,2
Страхование с франшизой	0,1	1,0
Сложившаяся убыточность по портфелю за предыдущий период страхования	0,4	2,0

В случае если результирующий страховой тариф превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.

При страховании на срок менее одного года (краткосрочное страхование) Страховщик вправе применять к страховому тарифу коэффициент краткосрочности, указанный в таблице 3, если иной порядок расчета не указан в договоре страхования.

Таблица 3.

Срок действия договора страхования не более										
1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент краткосрочности										
0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При страховании на срок менее одного месяца страховая премия рассчитывается исходя из значений, указанных в таблице 4, если иной порядок расчета не предусмотрен договором страхования.

Таблица 4.

Срок страхования (дней)	От 1 до 10 дней	От 11 до 20 дней	От 21 до 30 дней
Размер страховой премии (в % от годовой премии за один день страхования)	1,17 %	1,07%	1,00%

При страховании на срок более одного года (долгосрочное страхование), если иной порядок расчета не указан в договоре страхования, к страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется путем деления продолжительности срока страхования, исчисленной в месяцах, на 12. При этом неполный месяц страхования считается за полный.