

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«ПСБ Страхование»**

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО «ПСБ Страхование»
от 27.03. 2024 №40.1-ОД

Начало действия с 01.04.2024

Реестровый номер 206

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее также – Правила, Правила страхования) Общество с ограниченной ответственностью «ПСБ Страхование» (ООО «ПСБ Страхование») (далее также – **Страховщик**) заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее также – **договор (-ы) страхования**), по условиям которых Страховщик при наступлении события, предусмотренного договором страхования, обязуется осуществить страховую выплату в форме оплаты организации и оказания Застрахованным лицам медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

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.

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

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая.

Выжидательный период (временная франшиза) - период времени, по истечении которого возникшие убытки (расходы), предусмотренные договором страхования, подлежат возмещению Страховщиком при наступлении страхового случая.

1.3. **Страховщик** в соответствии с условиями договора страхования в счет страховой выплаты **вправе организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу**. В таком случае организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний, медицинских и иных организаций с последующей оплатой организованных и оказанных ими медицинских и иных услуг, предоставленных Застрахованному лицу в связи с наступлением страхового случая, непосредственно привлеченным организациям. Конкретный перечень сервисных компаний, медицинских и иных организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за организацией для него и получением им медицинских и иных услуг, приводится в договоре страхования. При наступлении страхового случая Страховщик вправе согласовать организацию и получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в других сервисных компаниях, медицинских и иных организациях.

В целях организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу Страховщик заключает с сервисными компаниями, медицинскими и иными организациями **договоры на организацию (оказание) медицинских и иных услуг**.

Под **сервисными компаниями** понимаются специализированные организации (учреждения, компании), которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию

медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в медицинских организациях.

Под **медицинскими организациями** в целях страхования на условиях, изложенных в настоящих Правилах страхования, понимаются:

- юридические лица, независимо от организационно-правовой формы, и индивидуальные предприниматели, имеющие право осуществлять медицинскую деятельность;

- юридические лица, независимо от организационно-правовой формы, и индивидуальные предприниматели, имеющие право осуществлять медицинскую и фармацевтическую деятельность.

Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на организацию (оказание) медицинских и иных услуг, в случае отсутствия у нее по преysкуранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких услуг в других медицинских организациях, при условии письменного согласия Страховщика, если иное не предусмотрено договором.

Под **иными организациями** понимаются организации, осуществляющие фармацевтическую деятельность, и реализующие лекарственные препараты и (или) изделия медицинского назначения, предписанные врачом медицинской организации, указанной в договоре страхования, а также организации (индивидуальные предприниматели) осуществляющие их доставку к месту нахождения/лечения Застрахованного лица (получение Застрахованным лицом).

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать:

2.1.1. Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранными гражданами или лицами без гражданства;

2.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также иностранные юридические лица созданные на территории Российской Федерации филиалы или представительства иностранного юридического лица, аккредитованные в соответствии с Федеральным законом от 09.07.1999 № 160-ФЗ «Об иностранных инвестициях в Российской Федерации».

2.2. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «ПСБ Страхование» (ООО «ПСБ Страхование) – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в законодательно установленном порядке.

2.3. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования в соответствии с настоящими Правилами.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. **Объектом страхования** являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, 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.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. **Страховым риском** в соответствии с настоящими Правилами страхования является риск обращения Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в сервисные компании, медицинские и иные организации, из числа предусмотренных в договоре страхования и/или согласованные со Страховщиком, для организации и получения медицинской и

лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, 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, при условии что услуги и мероприятия предусмотрены Программой добровольного медицинского страхования, по которой заключен договор страхования, и не исключены из страхования согласно Правилам страхования, условиям договора страхования.

4.2. **Страховым случаем** согласно настоящим Правилам страхования с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования, является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в сервисные компании, медицинские и иные организации, из числа предусмотренных в договоре страхования и/или согласованных со Страховщиком, для организации и получения медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, 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, при условии что услуги и мероприятия предусмотрены Программой добровольного медицинского страхования, по которой заключен договор страхования.

4.3. Программа добровольного медицинского страхования (далее также - **Программа ДМС, Программа**) является неотъемлемой частью договора страхования и определяет перечень (виды), объем медицинских и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком или оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования.

Договор страхования может быть заключен по следующим Программам ДМС:

4.3.1. **Программа добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь».**

4.3.2. **Программа добровольного медицинского страхования «Скорая и неотложная медицинская помощь».**

4.3.3. **Программа добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»,**

4.3.4. **Программа добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь».**

4.3.5. **Программа добровольного медицинского страхования «Помощь на дому».**

4.3.6. **Программа добровольного медицинского страхования «Ведение беременности в амбулаторных условиях».**

4.3.7. **Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное ведение беременности».**

4.3.8. **Программа добровольного медицинского страхования «Родовспоможение и наблюдение за женщинами в послеродовом периоде».**

4.3.9. **Программа добровольного медицинского страхования «Амбулаторное наблюдение за женщинами детородного возраста».**

4.3.10. **Программа добровольного медицинского страхования «Планирование семьи».**

4.3.11. **Программа добровольного медицинского страхования «Медицинский уход».**

4.3.12. **Программа добровольного медицинского страхования «Профилактика заболеваний».**

4.3.13. **Программа добровольного медицинского страхования «Профилактика и лечение инфекционных заболеваний».**

4.3.14. **Программа добровольного медицинского страхования «Медицинская помощь при спортивных и иных травмах».**

4.3.15. **Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное, в том числе санаторно-курортное лечение».**

4.3.16. **Программа добровольного медицинского страхования «Лекарственное обеспечение и обеспечение изделиями медицинского назначения».**

4.3.17. **Программа добровольного медицинского страхования «Личный врач».**

4.3.18. **Программа добровольного медицинского страхования «Офисный врач».**

4.3.19. **Программа добровольного медицинского страхования «Антиклеш».**

4.3.20. **Программа добровольного медицинского страхования «Комплексная программа медицинской помощи».**

4.3.21. **Программа добровольного медицинского страхования «Медицинская помощь, оказываемая с помощью телемедицинских технологий» («Телемедицина»).**

4.4. Договор страхования может быть заключен как по одной из Программ ДМС, перечисленных в п. 4.3 Правил страхования, так и в любой их комбинации и совокупности, избегая дублирования медицинской помощи в Программах.

4.5. Если иное не предусмотрено в договоре страхования (в том числе по конкретной Программе ДМС, указанной в договоре страхования), не является страховым риском, страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица (исключения из страхования):

4.5.1. за получением медицинских и иных услуг: не предусмотренных договором страхования; не назначенных врачом как необходимые и целесообразные и выполняемых исключительно по желанию Застрахованного лица;

4.5.2. за получением медицинских и иных услуг в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

4.5.3. за получением медицинских и иных услуг в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

4.5.4. за получением медицинских и иных услуг, связанных с пластической, реконструктивной и эстетической (косметической) хирургией;

4.5.5. иные исключения, прямо предусмотренные в договоре страхования.

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

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ФРАНШИЗА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАНИЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

5.1. Страховая сумма определяется по соглашению Сторон, исходя из предполагаемого объема медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, выбранной Страхователем при заключении договора страхования. По соглашению Сторон страховые суммы могут устанавливаться для отдельных Программ ДМС или для совокупности Программ ДМС.

Конкретный порядок определения страховой суммы указывается в договоре страхования.

5.2. Договором страхования могут быть установлены ограничения максимальных сумм страховой выплаты (страхового возмещения) в пределах страховой суммы - **лимиты ответственности:**

5.2.1. **на один страховой случай**, который будет максимальной суммой, которую Страховщик выплатит в результате наступления одного и каждого страхового случая;

5.2.2. **по отдельным заболеваниям (состояниям);**

5.2.3. **на отдельные виды медицинских и иных услуг;**

5.2.4. **иные** лимиты ответственности Страховщика (в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования).

5.3. Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате, при наступлении страхового случая, в пределах страховой суммы, установленной при заключении договора страхования. При этом, если в договоре страхования в соответствии с п. 5.2 настоящих Правил

страхования установлены лимиты ответственности, то Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате в пределах установленных сумм (лимитов ответственности).

Сумма страховой выплаты по всем страховым случаям в течение срока действия договора страхования ни при каких условиях не может превысить размер установленной договором страхования страховой суммы.

5.4. После страховой выплаты при наступлении страхового случая страховая сумма по договору страхования уменьшается на размер страховой выплаты. В этом случае Страхователь может восстановить страховую сумму путем заключения на условиях настоящих Правил страхования дополнительного соглашения на оставшийся срок действия договора страхования с уплатой дополнительной страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется Сторонами в том же порядке и в той же форме, что и договор страхования.

5.5. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых Программой ДМС услуг или перечень медицинских и иных организаций путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений и условий их действия и уплаты дополнительной страховой премии.

5.6. Договором страхования может быть предусмотрена **франшиза** – часть убытков (расходов), которая определена договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, которая устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере денежных средств или периода времени.

В соответствии с условиями страхования франшиза в виде процентов от страховой суммы или в фиксированном размере денежных средств может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка (расходов), если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка (расходов) превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка (расходов) и размером франшизы).

Если в договоре страхования предусмотрена франшиза в виде периода времени - **выжидательный период (временная франшиза)** - Страховщик выполняет обязательства только по убыткам (расходам), возникшим в связи с наступлением страхового случая после окончания выжидательного периода.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.7. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы.

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствие со стандартами актуарной деятельности.

Страховщик устанавливает страховые тарифы в соответствии с утвержденной им методикой расчета страховых тарифов, содержащей указание на стандарты актуарной деятельности, которые были использованы при определении страховых тарифов.

Страховой тариф по договору страхования на один год страхования определяется путем умножения базового страхового тарифа на итоговое значение коэффициента (поправочного коэффициента). Итоговое значение коэффициента (поправочного коэффициента) определяется как произведение всех коэффициентов, применяемых в зависимости от факторов, влияющих на характер (степень) страхового риска, к которым могут относиться - состояние здоровья Застрахованного лица, в том числе нахождение его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), его профессиональная принадлежность, количество Застрахованных лиц, перечень медицинских и иных услуг, а также иных условий страхования (франшиза, увеличение/уменьшение исключений из страхования, категория медицинской организации и т.п.).

Если иное не предусмотрено договором страхования, *страховой тариф на срок страхования менее одного года* определяется в следующем проценте от размера страхового тарифа на один год страхования (годового страхового тарифа), при этом неполный месяц принимается как полный: при страховании на срок до 2-х месяцев – 50%, при страховании на срок от 3-х до 5-ти месяцев – 65%, при страховании на срок от 6-ти до 8-ми месяцев – 80%, при страховании на срок от 9 месяцев и более – 100%.

Страховой тариф на срок страхования более одного года определяется как произведение страхового тарифа на один год страхования и количества лет, в течение которых действует страхование. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховой тариф за указанные месяцы определяется пропорционально к страховому тарифу за год страхования (при этом неполный месяц принимается за полный).

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.8. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными денежными средствами или безналичным платежом, одновременно или в рассрочку двумя или более страховыми взносами.

Форма, порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается, если иное не предусмотрено в договоре страхования:

а) при безналичной оплате – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика);

б) при уплате наличными денежными средствами - дата поступления страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика (представителя Страховщика).

5.9. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. **Срок действия договора страхования** устанавливается по соглашению Сторон.

6.2. Если страховая премия должна быть уплачена до даты начала срока действия договора страхования, то договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты начала срока действия договора страхования при условии уплаты Страхователем страховой премии (первого взноса страховой премии при уплате страховой премии в рассрочку) в размере, срок и порядке, указанном в договоре страхования.

Если договором страхования предусмотрена уплата страховой премии или ее первого взноса после даты начала срока действия договора страхования, то договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты начала срока действия договора страхования.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления договора страхования в силу, в том числе независимо от момента уплаты страховой премии (ее первого взноса).

6.3. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие в период действия договора страхования. Договором страхования может быть предусмотрен иной срок начала действия страхования (позднее даты начала действия договора страхования).

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Предмет договора страхования: по договору страхования одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), выплатить в порядке, предусмотренном договором страхования, денежную сумму в пределах определенной договором страхования суммы (страховой суммы, лимита ответственности, если он предусмотрен договором страхования) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая) с Застрахованным лицом.

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

7.2.1. о Застрахованном лице (лицах);

7.2.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (о страховом случае);

7.2.3. о размере страховой суммы;

7.2.4. о сроке действия договора страхования, а также о сроке страхования в отношении Застрахованного лица.

7.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах страхования, договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе – Заявлении на страхование. Согласно настоящим Правилам страхования из указанных в договоре страхования (страховом полисе) и Заявлении на страхование существенными признаются обстоятельства:

- о поле и возрасте Застрахованного лица;
- о наличии у Застрахованного лица инвалидности;
- о наличии у Застрахованного лица ВИЧ инфекции или болезни СПИД;
- о наличии у Застрахованного лица психических заболеваний и расстройств;
- о нахождении Застрахованного лица на учете в наркологическом и психоневрологическом диспансере, наличии вредных привычек;
- о наличии у Застрахованного лица диагностированного врачом сердечно-сосудистого, онкологического заболевания или о наличии у Застрахованного лица иного угрожающего жизни заболевания или его симптомов;
- профессии и роде занятий Застрахованного лица, занятиях Застрахованного лица спортом;
- о выполнении Застрахованным лицом опасной работы, о контактах с вредными производственными факторами;
- о проживании Застрахованного лица в эндемичных зонах;
- о проживании Застрахованного лица в тяжелых климатических условиях;
- о наличии у Застрахованного лица иных известных ему заболеваний.

Перечень запрашиваемых сведений в отношении обстоятельств, которые являются существенными, может быть уменьшен Страховщиком при заключении конкретного договора страхования. Таким образом, если Страховщик не указал в Заявлении на страхование запрос соответствующего сведения или в договоре страхования соответствующее обстоятельство, то данное обстоятельство не является существенным.

7.4. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

7.5. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.6. Договор страхования заключается на основании устного или письменного Заявления на страхование Страхователя, по форме установленной Страховщиком.

Для заключения договора страхования Страховщик может потребовать предоставления Страхователем следующих документов:

- письменное Заявление на страхование, включающее в себя информацию о Страхователе, перечень лиц, подлежащих страхованию, (Застрахованных лицах) по установленной Страховщиком форме, в том числе содержащее сведения об обстоятельствах, перечисленных в п. 7.3 Правил страхования. Исчерпывающий перечень сведений, которые может содержать письменное Заявление на страхование, приведен в образце формы Заявления на страхование;
- копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (если Страхователем является физическое лицо), Застрахованного лица;
- учредительные документы, лицензии, иные документы, на основании которых

Страхователь (юридическое лицо/ индивидуальный предприниматель) осуществляет предпринимательскую деятельность;

- документы, подтверждающие полномочия представителей, и копии их документов, удостоверяющих личности;

- документ, подтверждающий прохождение Застрахованным лицом медицинского осмотра или обследования и/или Декларацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;

- документы, предоставление которых предусмотрено законодательством при заключении договоров страхования, в том числе, письменное согласие на обработку Страховщиком и его контрагентами персональных данных Страхователя – физического лица. Если для заключения и (или) исполнения договора страхования необходимы персональные данные Застрахованного лица, Страхователь обязан получить письменное согласие каждого Застрахованного лица на осуществление обработки его персональных данных Страховщиком и контрагентами Страховщика. Такое согласие дается в целях исполнения договора страхования и соблюдения требований действующего законодательства, и должно отвечать требованиям ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Согласие на обработку персональных данных должно включать право на обработку персональных данных Застрахованного лица, включая данные, отнесенные к специальной категории, а именно, но не ограничиваясь указанным: сведения о состоянии здоровья, сведения об обращении за медицинской помощью, сведения об оказанных медицинских услугах, также согласие должно включать право на доступ Страховщика к медицинской документации и право на получение копий указанных документов. Согласие Застрахованного лица, не являющегося Страхователем, передается Страховщику или хранится у Страхователя и предоставляется Страховщику в течение 1 (одного) рабочего дня по его первому требованию. Согласие должно действовать с даты заполнения Заявления на страхования (даты заключения договора страхования) до истечения пяти лет после прекращения Страховщиком обязательств по договору страхования.

Форма предоставления указанных документов (надлежащим образом заверенные копии или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении.

Договор страхования заключается, как правило, без медицинского осмотра (обследования) Застрахованного лица.

Данный перечень сведений и документов, а также указанный в п. 7.3 Правил страхования, является исчерпывающим. При этом Страховщик по своему усмотрению может сократить перечень представляемых документов/сведений или принять взамен иные документы/сведения, из числа предоставленных Страхователем при заключении договора страхования, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Документы, запрошенные Страховщиком при заключении договора страхования, и дополнительно предоставленные по желанию Страхователя (Застрахованного лица) являются неотъемлемой частью договора страхования.

7.7. Если лицом, имеющим намерение заключить договор страхования/потенциальным Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения/документы, из числа предусмотренных в п. 7.3 и 7.6 Правил, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении договора страхования до получения необходимых сведений/документов. О необходимости предоставления недостающих сведений/документов Страховщик уведомляет лицо, имеющее намерение заключить договор страхования.

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

7.9. Договор страхования может быть заключен путем подписания Страховщиком и Страхователем договора страхования или путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком.

Если Страхователь письменно не заявил об ином, использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи уполномоченного Страховщиком лица и печати Страховщика

признается Страховщиком и Страхователем надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика.

Если Страхователь или Страховщик письменно не заявил об ином, подписание Страхователем или Страховщиком документов, составленных на бумажных носителях в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика или Страхователя и печати Страховщика или Страхователя (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика или Страхователя.

7.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования. Правила могут быть вручены Страховщиком Страхователю выбранным Страхователем способом: на бумажном носителе и/или размещены Страховщиком на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» с указанием адреса и/или направлены Страховщиком Страхователю в виде файла в формате «PDF», содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты.

7.11. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

При наличии расхождений между нормами договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения договора страхования.

7.12. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельным группам договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц). Такие условия страхования излагаются в договоре страхования либо прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

7.13. Страховщик вправе присваивать договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами на одностипных условиях, определенные маркетинговые наименования.

7.14. Договор страхования прекращается в следующих случаях:

7.14.1. по истечении срока его действия;

7.14.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (страховая выплата в размере страховой суммы);

7.14.3. в случае отказа Страхователя от договора страхования;

7.14.3.1. Если Страхователь - физическое лицо отказался от договора страхования в течение **«периода охлаждения» - 14 (четырнадцать) календарных дней** со дня его заключения (если иной период не предусмотрен действующим законодательством Российской Федерации), независимо от даты уплаты страховой премии и при условии, что в данном периоде отсутствуют события, имеющие признаки страхового случая, то:

а) Страховщик осуществляет возврат уплаченной Страхователем страховой премии в полном объеме, если Страхователь отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (дата начала действия страхования);

б) Страховщик вправе удержать часть уплаченной страховой премии, рассчитанной в соответствии с настоящим пунктом Правил, пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования.

в) 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, соответствующего «периоду охлаждения».

7.14.3.2. При досрочном отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в иной срок, чем предусмотрен «**периодом охлаждения**», по настоящим Правилам или по договору страхования:

а) уплаченная Страхователем страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, *если договором не предусмотрено иное*;

б) *договором страхования может быть предусмотрено*, что Страховщик при возврате уплаченной страховой премии удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования, а также понесённые Страховщиком расходы на ведение дела, согласно утвержденной Страховщиком структуре тарифной ставки, *если иной порядок расчетов не установлен договором страхования*;

в) договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе.

Возврат Страхователю страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (Семь) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Страховщик вправе приостановить возврат страховой премии до принятия решения по событию, имеющему признаки страхового, если после начала действия страхования (вступления договора страхования в силу) Страховщик получил уведомление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая по договору страхования.

Страховщик имеет право предусмотреть в договоре страхования более длительный срок, чем срок, установленный «периодом охлаждения».

В случае заключения коллективного договора страхования в отношении Застрахованного лица применяются правила отказа от договора страхования и порядок возврата страховой премии, предусмотренные п. 7.14.3 Правил, если иное не предусмотрено договором страхования. При этом коллективный договор страхования продолжает действовать в отношении других Застрахованных лиц и страхование прекращается только в отношении конкретного Застрахованного лица.

7.14.4. по соглашению сторон;

7.14.5. неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) (если договором страхования предусмотрена уплата страховой премии или ее первого взноса после даты начала срока действия договора страхования), или очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные договором страхования срок и размере, если Страховщиком и Страхователем в письменной форме не было согласовано изменение срока уплаты страховой премии (взносов), и Страховщик в письменном виде направил Страхователю уведомление о прекращении договора страхования с даты, указанной в уведомлении.

В случае неуплаты очередного страхового взноса по договору страхования или в случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) за каких-либо Застрахованных лиц по коллективному договору страхования в размере и сроки, установленные договором страхования, действие договора страхования или страхование в отношении данных Застрахованных лиц прекращается по письменному уведомлению Страховщика, направленному в адрес Страхователя. Датой прекращения страхования в отношении Застрахованного лица по коллективному договору страхования будет являться дата, указанная в уведомлении.

Досрочное прекращение договора страхования или действия страхования в отношении Застрахованного лица по коллективному договору страхования по причине неуплаты страховой премии (страхового взноса) не освобождает Страхователя от обязанности уплатить страховую премию (страховые взносы) за период, в течение которого действовало страхование в отношении данного Застрахованного лица.

Если до момента досрочного прекращения договора страхования или прекращения страхования в отношении Застрахованного лица по коллективному договору страхования наступит страховой случай, страховая выплата производится за вычетом неуплаченной страховой премии (страхового взноса) за Застрахованное лицо, с которым произошел страховой случай.

7.14.6. если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица, а также в случае признания Застрахованного лица в установленном порядке безвестно отсутствующим. По коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование в отношении того Застрахованного лица, у которого возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилась по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.14.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и договором страхования.

7.15. В случае досрочного прекращения договора страхования (прекращения страхования Застрахованного лица по коллективному договору страхования) по причинам, указанным в п. 7.14.6 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Оставшаяся часть уплаченной страховой премии подлежит возврату Страхователю (или его наследникам, если он сам являлся Застрахованным лицом).

7.16. Если иное не предусмотрено соглашением сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения договора страхования, должны производиться в письменной форме по следующим адресам и иным контактным данным сторон, содержащимся в следующих документах (иных информационных источниках):

7.16.1. о Страховщике – в договоре страхования;

7.16.2. о Страхователе и Застрахованных лицах – в договоре страхования (страховом полисе), платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик может вести в процессе страховой деятельности (при наличии);

7.16.3. о сторонах и Застрахованных лицах – в уведомлениях, которые стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных не уведомлением/несвоевременным уведомлением.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменениях своих контактных данных (в т.ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7.17. Если иное не установлено законом или договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу) сообщения посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

7.18. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информации в электронной форме (в т.ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты и связанных с ними документов/сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и отправки, указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом,) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) в виде электронного документооборота в соответствии с требованиями законодательства и указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документами, оформленными на бумажном носителе.

7.19. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменном виде путем заключения дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного Сторонами.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, но не позднее чем в течение 3 (трех) рабочих дней, начиная с момента, когда Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно, сообщить Страховщику (любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения) о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (в соответствии с п. 7.3 и 7.6 настоящих Правил), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в том числе первичное диагностирование (выявление) заболеваний, являющихся исключением из страхования и указанные в перечне исключений из страхования в договоре страхования.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.4. При неисполнении Страхователем обязанности по сообщению Страховщику информации об увеличении степени страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Получать разъяснения по заключенному договору страхования, программам ДМС и Правилам страхования;

9.1.2. Требовать предоставления Застрахованному лицу оказания медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая в порядке, предусмотренном договором страхования.

В случае непредоставления таких услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованное лицо или другие уполномоченные ими лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.1.3. Обратиться к Страховщику с предложением об изменении условий договора страхования в порядке, предусмотренном договором страхования и Правилами, а именно:

9.1.3.1. О расширении перечня медицинских и иных услуг по договору страхования или повышении уровня страховой защиты,

9.1.3.2. Об изменении по согласованию со Страховщиком численности Застрахованных лиц по договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений,

9.1.3.3. О замене Застрахованного лица с согласия самого Застрахованного лица.

Изменение договора страхования производится с согласия Страховщика в письменной форме путем заключения со Страховщиком дополнительного соглашения к договору страхования. При увеличении объема обязательств Страховщика (повышение уровня страховой защиты, увеличении численности Застрахованных лиц) и степени страхового риска производится доплата страховой премии в размере, рассчитанном Страховщиком. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии (ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку).

9.1.4. Расторгнуть договор страхования досрочно в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц направив письменное заявление Страховщику в соответствии с действующим законодательством.

9.1.5. Получить дубликат договора страхования в случае его утраты.

9.1.6. Отказаться от договора страхования в любое время в порядке, предусмотренном Разделом 7 настоящих Правил.

9.2. Застрахованное лицо имеет право:

9.2.1. Требовать при наступлении страхового случая предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования.

9.2.2. Выбрать любую медицинскую организацию, из числа указанных в договоре страхования, и лечащего врача, из числа врачей медицинской организации, привлекаемых по программе медицинского страхования.

9.2.3. Ознакомиться с условиями страхования, а также обращаться к Страховщику за разъяснениями по заключенному договору страхования, программам ДМС и Правилам страхования.

9.2.4. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять подлинность документов и достоверность информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом любыми доступными ему способами, не противоречащими действующему законодательству, в том числе назначать соответствующие экспертизы, требовать у Застрахованного лица прохождения медицинского обследования в указанной Страховщиком медицинской организации либо у указанного Страховщиком врача, направлять запросы в компетентные органы, медицинские организации, в том числе о предоставлении необходимых документов, подтверждающих факт события, обладающего признаками страхового случая и размер возможного убытка.

9.3.2. При заключении договора страхования по своему усмотрению провести обследование Застрахованного лица или потребовать от Страхователя прохождения Застрахованным лицом такого обследования для получения сведений о фактическом состоянии его здоровья и оценки страхового риска путем прохождения Застрахованным лицом медицинского осмотра или обследования в медицинской организации.

9.3.3. Отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств страхового случая, в случаях, определенных в пункте 10.3.3 Правил страхования, письменно уведомив об этом Страхователя (Застрахованное лицо);

9.3.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (пункт 8.1 Правил страхования), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем, предусмотренной в пункте 8.1 Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования (пункт 5 статьи 453 Гражданского кодекса Российской Федерации).

9.3.5. Отказать в оплате медицинских и иных услуг и страховой выплате в случаях, предусмотренных Правилами или договором страхования.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. При заключении договора страхования и в период его действия сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая в порядке, предусмотренном п. 7.3 Правил страхования.

9.4.2. В случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом, при заключении договора страхования сообщать Страховщику достоверную информацию о Застрахованном лице, имеющую существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая в порядке, предусмотренном п. 7.3 Правил страхования.

9.4.3. Оплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и размере,

предусмотренном договором страхования.

9.4.4. В течение срока действия договора страхования сообщать Страховщику о ставших ему известных значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в порядке, предусмотренном в п. 8.1 настоящих Правил страхования.

9.4.5. В случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом, довести до сведения Застрахованного лица информацию о том, что в его пользу заключен договор страхования, его условиях страхования, а также сведения о Страховщике: реквизиты лицензии, подтверждающей право Страховщика осуществлять страхование, сведения о режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация), а также по запросу Застрахованного лица предоставить ему копии договора страхования и Правил страхования.

9.4.6 Если для заключения и (или) исполнения договора страхования необходимы персональные данные Застрахованного лица, Страхователь обязан получить письменное согласие каждого Застрахованного лица на осуществление обработки его персональных данных Страховщиком и контрагентами Страховщика в целях исполнения договора страхования и соблюдения требований действующего законодательства, отвечающее требованиям ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных". Письменное согласие передается Страховщику или хранится у Страхователя и предоставляется Страховщику в течение 1 (одного) рабочего дня по его первому требованию. Согласие должно действовать с даты заполнения Заявления на страхование (начала срока действия договора страхования) до истечения трех лет после прекращения Страховщиком обязательств по договору страхования.

9.4.7. При исключении из договора страхования Застрахованного лица получить согласие от данного Застрахованного лица на исключение его из договора страхования и по требованию Страховщика в течение 1 (одного) рабочего дня предоставить Страховщику документы, подтверждающие такое согласие Застрахованного лица.

9.5. Застрахованное лицо обязано:

9.5.1. При заключении договора страхования по требованию Страховщика для оценки страхового риска и фактического состояния здоровья пройти медицинский осмотр или обследования в медицинской организации, указанной Страховщиком или в медицинской организации по выбору Застрахованного лица, но согласованного со Страховщиком.

9.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией.

9.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов, не передавать их или информацию другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховые документы или информацию с целью получения им медицинских и иных услуг по договору страхования, Страховщик в праве о одностороннем порядке досрочно отказаться от исполнения Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

9.6. Сообщать Страховщику и Страхователю об обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска.

9.7. предоставить Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из медицинских и иных учреждений, в целях исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования.

9.7. Страховщик обязан:

9.7.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования, вручить ему один экземпляр способом, выбранным Страхователем при заключении договора страхования, и предоставить информацию:

9.7.1.1. о лицензии Страховщика, контактах (место нахождения, телефон/факс) и режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних

организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация;

9.7.1.2. иную информацию, предусмотренную законодательством Российской Федерации, базовыми стандартами при заключении договора страхования с получателем страховых услуг и при исполнении договора страхования с соблюдением установленного порядка предоставления информации.

9.7.2. Разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и договорах страхования, по требованиям Страхователей, Застрахованных лиц, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования.

9.7.3. Обеспечить конфиденциальность во взаимоотношениях со Страхователем, не разглашать сведения о договоре страхования, Страхователе, Застрахованном лице, их имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.7.4. При условии соблюдения положений настоящих Правил страхования, договора страхования и при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные Правилами страхования или договором страхования, или известить о признании заявленного события не страховым риском и не страховым случаем или об отказе в страховой выплате (об освобождении в страховой выплате) в порядке и сроки, установленные пунктом 10.3 Правил страхования или договором страхования.

9.7.5. По письменному запросу Страхователя (Застрахованного), являющегося субъектом персональных данных, предоставить ему или его законному представителю сведения о целях, сроках и способах обработки персональных данных, относящихся к соответствующему субъекту персональных данных.

9.8. Стороны, Застрахованное лицо имеют другие права и обязанности, предусмотренные иными разделами настоящих Правил страхования, договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

9.9. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон, Застрахованного лица, не противоречащие законодательству.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

10.1. Если порядок самостоятельного получения медицинских и иных услуг Застрахованным лицом предусмотрен договором страхования, или последующая их оплата Страховщиком согласована в письменном виде отдельно Сторонами, для принятия решения о возможности осуществления страховой выплаты и ее размере Страхователь, Застрахованное лицо должен документально подтвердить наличие страхового случая и размер убытков (расходов), подлежащих страховому возмещению (страховой выплате, компенсации) Страховщиком, для чего предоставляет Страховщику пакет документов, включающий в себя оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов с предъявлением по требованию Страховщика оригиналов документов, таких как:

10.1.1 заявление о страховой выплате;

10.1.2. копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, а также согласие на обработку персональных данных (в случаях, если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе обрабатывать персональные данные без такого согласия), или копию документа, удостоверяющего личность заявителя (родителя, опекуна, поручителя) Застрахованного лица.

Если с заявлением о наступлении события, обладающего признаками страхового случая, заявлением на страховую выплату (или за страховой выплатой) обращается представитель Страхователя (Застрахованного лица), то он предоставляет надлежащим образом оформленную доверенность, подтверждающую полномочия на подписание заявления и/или на получение страховой выплаты;

10.1.3. копию договора страхования (страхового полиса);

10.1.4. копию документа, подтверждающего уплату страховой премии (страховых взносов);

10.1.5. документы, подтверждающие получение медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, имеющих право осуществления деятельности по законодательству места нахождения такой организации и соответствующих критериям, определенным в п. 1.3 настоящих Правил страхования, и договоре страхования;

10.1.6. документы, подтверждающие получение медицинских и иных услуг в течение срока действия договора страхования, предусмотренных Программой ДМС, на условиях которой заключен договор страхования, и требующих оплаты Страховщиком: договоры оказания услуг, медицинские карты, выписки из истории болезни (медицинской карты), направления, заключения, медицинские справки, рецепты, подтверждающие перечень (виды), необходимость и объем медицинских и иных услуг, диагноз и сроки лечения Застрахованного лица, платежные документы, подтверждающие оплату услуг.

10.2. Страховщик вправе провести проверку подлинности и достоверности представленных Страхователем (Застрахованным лицом) документов по факту события, имеющего признаки страхового случая.

Если по представленным документам установить факт наличия страхового случая либо его отсутствие не представляется возможным, то Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события, запросить необходимые для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты сведения у компетентных органов (медицинских организаций, МВД, прокуратуры и других органов), предприятий, учреждений, организаций, располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события, а также вправе самостоятельно выяснять обстоятельства и причины такого события.

Страховщик вправе произвести страховую выплату в случае отсутствия каких-либо документов, указанных в п. 10.1 настоящих Правил страхования, если их отсутствие не влияет на возможность установления факта и причины наступления события, обладающего признаками страхового случая, размера страховой выплаты.

По соглашению Сторон при заключении договора страхования перечень документов, указанный в п. 10.1 Правил страхования, может быть уточнен или сокращен.

Страховое возмещение выплачивается Страховщиком в размере, не выше средней стоимости аналогичных услуг тех медицинских и иных организаций, которые предусмотрены договором страхования.

10.3. После представления всех необходимых документов, указанных в п. 10.1 настоящих Правил страхования, позволяющих судить об обстоятельствах, повлекших наступление события, обладающего признаками страхового случая, и о размере причиненного вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, Страховщик обязан:

10.3.1. при признании факта наступления страхового случая принять решение о страховой выплате, включая ее размер, произвести страховую выплату в течение 20 (двадцати) рабочих дней (если меньший срок не установлен договором страхования);

10.3.2. принять решение о признании заявленного события не страховым случаем или об отказе в страховой выплате или об освобождении Страховщика в страховой выплате и известить об этом Страхователя (Застрахованное лицо) в письменной форме с обоснованием причин в течение 20 (двадцати) рабочих дней (если меньший срок не установлен договором страхования);

10.3.3. в случае принятия мотивированного решения о проведении дополнительной экспертизы, дополнительных мероприятий в целях принятия решения о признании события страховым случаем и страховой выплате или мотивированного решения об отсрочке принятия решения о страховой выплате в случаях, указанных в настоящем пункте Правил страхования, известить об этом Страхователя (Застрахованное лицо) в письменной форме с обоснованием причин в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней (если меньший срок не установлен договором страхования). После получения Страховщиком необходимых документов решение о страховой выплате принимается в срок и порядке, предусмотренном п. 10.3.1 и п. 10.3.2 Правил страхования.

Страховщик вправе отсрочить принятие решения о страховой выплате:

- если у него имеются мотивированные сомнения о подлинности документов, подтверждающих страховой случай, до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

- до полного выяснения обстоятельств возникновения события, которое впоследствии может

быть признано страховым случаем, если это требует дополнительного расследования, участия в таком расследовании, привлечении независимых экспертов или судебного разбирательства, но не более чем на 15 (пятнадцать) рабочих дней со дня получения Страховщиком результатов расследования и затребованных документов;

- до вынесения окончательного решения судебными или следственными органами, если в связи с событием, которое впоследствии может быть признано страховым случаем, проводится расследование или судебное разбирательство;

- до вступления в силу судебного решения о признании договора страхования недействительным, если Страховщик предъявил исковое требование о признании договора страхования недействительным по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

В случае выявления факта предоставления документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

-принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

-уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

10.4. Страховщик в соответствие с условиями договора страхования в счет страховой выплаты **вправе организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу**. В таком случае организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний, медицинских и иных организаций, предусмотренных в договоре страхования (Программе ДМС по договору страхования) или с привлечением по усмотрению Страховщика иных сервисных, медицинских и иных организаций с последующей оплатой организованных и оказанных ими медицинских и иных услуг, предоставленных Застрахованному лицу в связи с наступлением страхового случая, на основании документов, предоставленных такими организациями.

Для оплаты организованных и полученных медицинских и иных услуг сервисные компании, медицинские и иные организации предоставляют Страховщику пакет документов, включающий в себя оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов с предъявлением по требованию Страховщика оригиналов документов, таких как: счета, счета-фактуры, реестры оказанных медицинских услуг, акты выполненных работ (услуг), медицинские карты, выписки из истории болезни (медицинской карты), направления, заключения, медицинские справки, рецепты, подтверждающие перечень (виды), необходимость и объем медицинских и иных услуг, содержащие диагноз и сроки лечения Застрахованного лица, а также стоимость полученных услуг.

Страховщик принимает решение об оплате организованных и полученных медицинских и иных услуг или о непризнании события страховым случаем, отказе в страховой выплате или освобождается от страховой выплаты в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными компаниями, медицинскими и иными организациями.

10.5. Размер страховой выплаты при наступлении страхового случая определяется в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, лимитов ответственности, если они предусмотрены договором страхования, и с учетом франшизы, установленной в договоре страхования.

10.6. В случае, предусмотренном п. 10.1 Правил страхования страховая выплата производится Застрахованному лицу.

В случае смерти Застрахованного лица по договору страхования, выплата производится наследникам.

В случае если Застрахованное лицо является несовершеннолетним в возрасте до 14 лет, причитающаяся ему страховая выплата производится его законным представителям (одному из родителей, проживающему вместе несовершеннолетним, опекуну) либо переводится на счет в банке, указанном в заявлении на страховую выплату, на его имя.

В случае если Застрахованное лицо умерло, не успев получить причитающуюся сумму страховой выплаты, то выплата производится наследникам на основании свидетельства о праве на наследство.

Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица по доверенности, оформленной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Страховые выплаты производятся путём перечисления на банковский счёт, указанный получателем (лицом, в пользу которого заключён договор страхования), наличными денежными средствами в кассе Страховщика или иным способом по согласованию сторон.

Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика (если выплата производится путем перечисления сумм на банковский счет), выдачи наличных денег из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами) либо дата передачи (перечисления) Страховщиком денежных средств соответствующей организации (службе) для перевода (перечисления) получателю (если выплата производится иным способом по соглашению сторон).

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя.

10.7. В случае, указанном в п. 10.4 Правил страхования, оплата медицинских и иных услуг производится непосредственно сервисной компании, медицинской или иной организации, которые организовали и оказали медицинские и иные услуги.

11. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

11.2. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях, Страховщик вправе приостановить выполнение обязательств по договору страхования на время действия таких обстоятельств, если иные правовые последствия не предусмотрены договором страхования.

Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются: введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, эпидемии, стихийные природные бедствия (землетрясения, наводнения, смерчи, обвалы, извержения вулканов, снежные завалы и иные стихийные бедствия), признанные таковыми в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. Отношения сторон, не предусмотренные настоящими Правилами, определяются в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил.

12.2. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) разрешаются в досудебном порядке путем направления письменной, обоснованной претензии с приложением подтверждающих документов.

Ответ на претензию направляется в письменной форме и в срок не позднее 30 (Тридцать) календарных дней.

В случае неудовлетворения претензии Страховщиком в досудебном порядке Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) - физическое лицо - с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения претензии.

12.3. При не достижении соглашения по исполнению договора страхования в досудебном порядке спор передается на рассмотрение суда в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

Программа предусматривает медицинскую помощь Застрахованному лицу в амбулаторных (поликлинических) условиях по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем амбулаторной медицинской помощи:

1. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;

2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;

3. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;

4. экспертиза временной нетрудоспособности; ведение медицинской документации, выдача листов трудоспособности медицинских справок, выписка рецептов (за исключением льготных);

5. для застрахованных лиц в возрасте от 0 до 18 лет: медицинский патронаж, диспансерные медицинские осмотры, консультации врачей узких специалистов (в декретированные сроки, при остром заболевании и обострении хронического), вакцинация. Вакцинация проводится в объеме и в сроки, регламентированные национальным календарем профилактических прививок вакцинами импортного или отечественного производства по показаниям и назначению врача.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

Программа предусматривает скорую и неотложную медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью Застрахованного лица, экстренную и плановую медицинскую транспортировку в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям, в связи с острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травмой (в том числе ожогом, отморожением), отравлением и другими состояниями.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: на дому, по месту работы Застрахованного лица, по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем скорой и неотложной медицинской помощи:

1. выезд бригады скорой и неотложной помощи;
2. первичный осмотр больного;
3. проведение диагностических мероприятий;
4. проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния;
5. экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Программа предусматривает медицинскую помощь в условиях стационара по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение в стационаре профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях и включает экстренную и/или плановую стационарную медицинскую помощь.

Объем стационарной медицинской помощи:

1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
2. хирургическое и (или) консервативное лечение, профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;
4. медицинские манипуляции, процедуры;
5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
7. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом;
8. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»**

Программа предусматривает стоматологическую медицинскую помощь в медицинских организациях, оказывающих терапевтическую, хирургическую и другие виды стоматологической помощи по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травм и других состояний, включая лечение и/или проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем стоматологической медицинской помощи:

1. первичные, повторные и консультативные приемы врачей-специалистов;
2. анестезия;
3. терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение;
4. стоматологические физиотерапевтические процедуры;
5. диагностические исследования, включая рентгеновизиографию и компьютерную томографию.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ПОМОЩЬ НА ДОМУ»**

Программа предусматривает медицинскую помощь Застрахованному лицу по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: на дому, по месту работы Застрахованного лица.

Объем медицинской помощи на дому:

1. первичные и повторные осмотры врача терапевта (педиатра);
2. первичные и повторные осмотры врачей узких специалистов;
3. забор анализов на дому;
4. проведение медицинских манипуляций и процедур;
5. экспертиза временной нетрудоспособности; выписка рецептов (за исключением льготных).

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»**

Программа предусматривает амбулаторную медицинскую помощь в период беременности Застрахованного лица, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем медицинской помощи:

1. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;
2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
3. физиотерапевтическое лечение;
4. экспертиза временной нетрудоспособности; ведение медицинской документации, выдача листов нетрудоспособности, обменной карты, выписка рецептов (за исключением льготных).

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «КОМПЛЕКСНОЕ ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ»

Программа предусматривает амбулаторную, скорую и неотложную, стационарную медицинскую помощь в период беременности Застрахованного лица, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица, по месту вызова бригады скорой помощи в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем медицинской помощи:

1. Амбулаторная медицинская помощь:

- 1.1. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;
- 1.2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
- 1.3. физиотерапевтическое лечение;
- 1.4. экспертиза временной нетрудоспособности; ведение медицинской документации, выдача листов нетрудоспособности, обменной карты, выписка рецептов (за исключением льготных).

2. Скорая и неотложная медицинская помощь:

- 2.1. выезд бригады скорой и неотложной помощи;
- 2.2. первичный осмотр больного;
- 2.3. проведение диагностических мероприятий;
- 2.4. проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния;
- 2.5. экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.

3. Стационарная медицинская помощь:

- 3.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- 3.2. хирургическое и (или) консервативное лечение, профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
- 3.3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;
- 3.4. медицинские манипуляции, процедуры;
- 3.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- 3.6. физиотерапевтическое лечение;
- 3.7. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом.
- 3.8. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«РОДОВСПОМОЖЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ
В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ»**

Программа предусматривает медицинскую помощь Застрахованному лицу и проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, такие как акушерско-гинекологическая помощь при родах и в послеродовом периоде.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица, по месту вызова бригады скорой помощи в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем медицинской помощи:

1. Скорая и неотложная медицинская помощь:

- 1.2. выезд бригады скорой и неотложной помощи;
- 1.2. первичный осмотр больного;
- 1.3. проведение диагностических мероприятий;
- 1.4. проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния; экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.

2. Стационарная медицинская помощь:

- 2.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования;
- 2.2. хирургическое и (или) консервативное лечение; включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
- 2.3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;
- 2.4. медицинские манипуляции, процедуры;
- 2.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- 2.6. физиотерапевтическое лечение
- 2.7. размещение Застрахованной в палате родового отделения, питание, уход медицинского персонала;
- 2.8. размещение Застрахованной и новорожденного (по желанию Застрахованной – отдельно) в послеродовом отделении, питание, уход медицинского персонала;
- 2.9. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА»**

Программа предусматривает медицинскую помощь Застрахованному лицу и проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, таких как консультационно-диагностическая и лечебная помощь женщинам детородного возраста по проблемам репродуктивного здоровья в амбулаторных условиях.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем медицинской помощи:

- 1. приемы, консультации, манипуляции и услуги врачей и среднего медицинского персонала;*
- 2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования; физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;*
- 3. врачебные манипуляции, операции в амбулаторных условиях;*
- 4. лечебные процедуры и манипуляции в условиях «дневного стационара»;*
- 5. экспертиза временной нетрудоспособности; ведение медицинской документации, выдача листов трудоспособности, медицинских справок, выписка рецептов (за исключением льготных).*

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ»

Программа предусматривает амбулаторную и стационарную медицинскую помощь Застрахованному лицу и проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, таких как амбулаторная и стационарная консультативно-диагностическая и лечебная помощь, оказываемая медицинскими организациями.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем медицинской помощи:

1. Амбулаторная медицинская помощь:

- 1.1. приемы, консультации, манипуляции и услуги врачей и среднего медицинского персонала;
- 1.2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
- 1.3. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
- 1.4. профилактические мероприятия, необходимые при планировании семьи.

2. Стационарная медицинская помощь:

- 2.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования;
- 2.2. хирургическое и (или) консервативное лечение, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
- 2.3. консультации и услуги врачей медицинской организации;
- 2.4. медицинские манипуляции и процедуры (в том числе искусственное оплодотворение);
- 2.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, предоставляемые стационаром;
- 2.6. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
- 2.7. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
- 2.8. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом;
- 2.9. экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2.10. профилактические мероприятия, необходимые при планировании семьи.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ УХОД»**

Программа предусматривает медицинскую помощь Застрахованному лицу, в том числе проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и медико-социальную помощь хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре. Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: в медицинских организациях, на дому.

Объем медицинской помощи:

1. уход, осуществляемый медицинской сестрой на дому и (или) в медицинских организациях;
2. первичные и повторные осмотры врачей- узких специалистов на дому;
3. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
4. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
5. назначение лечения и организация «стационара на дому»;
6. оформление необходимой медицинской документации;
7. профилактика осложнений заболевания.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

Программа предусматривает профилактические мероприятия Застрахованному лицу, снижающие степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение предварительных, диспансерных и периодических медицинских осмотров Застрахованных лиц в целях предупреждения заболеваний (в том числе профессиональных), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица.

Объем медицинской помощи:

1. прием и консультации врачей-специалистов;
2. профилактика осложнений заболевания;
3. сбор медицинской информации, определение социально-бытовых условий и выявление факторов риска;
4. диагностические лабораторные и инструментальные исследования;
5. проведение врачебной экспертизы состояния здоровья;
6. выдача соответствующей утверждённой нормативной медицинской документации;
7. рекомендации по коррекции питания и образа жизни, организации труда и профилактике заболеваний.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Программа предусматривает амбулаторную, скорую и неотложную, стационарную медицинскую помощь Застрахованному лицу по диагностике, профилактике и лечению инфекционных заболеваний.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица, по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем медицинской помощи:

1. Амбулаторная медицинская помощь:

- 1.1. приемы, консультации, манипуляции и услуги врачей и среднего медицинского персонала;
- 1.2. диагностические лабораторные и инструментальные методы;
- 1.3. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
- 1.4. экспертиза временной нетрудоспособности.

2. Скорая и неотложная медицинская помощь:

- 2.1. выезд бригады скорой и неотложной помощи;
- 2.2. первичный осмотр больного;
- 2.3. проведение диагностических мероприятий;
- 2.4. проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния;
- 2.5. экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.

3. Стационарная медицинская помощь:

- 3.1. диагностические лабораторные и инструментальные исследования по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- 3.2. хирургическое и (или) консервативное лечение, профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
- 3.3. консультации, услуги врачей в условиях стационара;
- 3.4. медицинские манипуляции, процедуры;
- 3.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- 3.6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
- 3.7. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом;
- 3.8. экспертиза временной нетрудоспособности.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СПОРТИВНЫХ И ИНЫХ ТРАВМАХ»

Программа предусматривает амбулаторную, стоматологическую, скорую и неотложную, стационарную медицинскую помощь Застрахованному лицу при острых травматических повреждениях органов и систем при спортивных и иных травмах, произошедших в период действия договора страхования.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица, по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем медицинской помощи:

1. Амбулаторная медицинская помощь:

- 1.1. приемы, консультации, манипуляции, услуги врачей и среднего медицинского персонала;
- 1.2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
- 1.3. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия.

2. Стоматологическая медицинская помощь при острых травматических повреждениях зубов:

- 2.1. первичные, повторные и консультативные приемы врачей-специалистов;
- 2.2. анестезия;
- 2.3. терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение;
- 2.4. стоматологические физиотерапевтические процедуры;
- 2.5. диагностические исследования, включая рентгеновизиографию и компьютерную томографию;
- 2.6. мероприятия, связанные с подготовкой к протезированию, протезирование, имплантология, ортопедия, ортодонтия.

3. Скорая и неотложная медицинская помощь:

- 3.1. выезд бригады скорой и неотложной помощи;
- 3.2. первичный осмотр больного;
- 3.3. проведение диагностических мероприятий;
- 3.4. проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния;
- 3.5. экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.

4. Стационарная медицинская помощь:

- 4.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- 4.2. хирургическое и (или) консервативное лечение, профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
- 4.3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;
- 4.4. медицинские манипуляции, процедуры;
- 4.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- 4.6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
- 4.7. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом. экспертиза временной нетрудоспособности.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

Программа предусматривает медицинскую помощь Застрахованному лицу с целью получения медицинской помощи в виде санаторно-курортного лечения, восстановительного лечения и медицинской реабилитации Застрахованных лиц, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях

Объем медицинской помощи:

1. пребывание в медицинской организации, оказывающей реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение;
2. консервативное лечение в соответствии с медицинскими стандартами;
3. обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу для лечения, назначенного врачом медицинской организации;
4. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;
5. диагностические лабораторные и инструментальные методы;
6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
7. лечебное питание;
8. уход, осуществляемый медицинским персоналом медицинской организации;
9. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ»**

Программа предусматривает лекарственную помощь для Застрахованного лица в виде частичной или полной компенсации затрат на приобретение в организациях, осуществляющих фармацевтическую деятельность, лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, указанной в договоре страхования, включая компенсацию затрат на их доставку к месту нахождения/лечения Застрахованного лица (получение Застрахованным лицом).

Объем медицинской помощи:

1. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, средствами по уходу за больными;
2. обеспечение очками, контактными линзами, слуховыми аппаратами;
3. обеспечение эндопротезами, искусственными водителями ритма сердца, трансммиттерами, имплантатами и другими;
4. обеспечение корригирующими медицинскими устройствами и приспособлениями;
5. консультации по лекарственному обеспечению и обеспечению товарами медицинского назначения;
6. получение и доставка лекарств и (или) товаров медицинского назначения, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности получить и (или) доставить эти лекарства и (или) товары к месту своего нахождения (лечения).

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ЛИЧНЫЙ ВРАЧ»

Программа предусматривает медицинскую амбулаторную помощь Застрахованному лицу, в том числе на дому и/или по месту работы, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица.

Объем медицинской помощи:

Для Застрахованных лиц старше 18 лет (личный врач-терапевт):

1. наблюдение и лечение личным врачом медицинской организации в период острых и обострения хронических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях; связь с личным врачом по телефону;
2. лечебно-диагностическая помощь личного врача на дому или по месту нахождения Застрахованного лица с привлечением при необходимости консультантов;
3. организация и координация амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях с привлечением при необходимости консультантов;
4. организация и координация лечебно-консультативной и диагностической помощи врачей узких специалистов;
5. организация и проведение лабораторных и инструментальных методов диагностики по назначению личного врача;
6. проведение лечебных манипуляций и физиотерапевтических процедур;
7. ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни, рецепты, кроме льготных);
8. организация госпитализации по медицинским показаниям экстренная и/или плановая с подготовкой всех документов для госпитализации. Патронаж личного врача во время пребывания в стационаре;
9. контроль за процессом лечения, коррекция, при необходимости, плана дальнейших профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных процедур.

Для Застрахованных лиц до 18 лет (личный врач-педиатр):

1. комплексное наблюдение ребенка личным врачом-педиатром медицинской организации и врачами узкой специальности медицинской организации по назначению врача-педиатра;
2. при возникновении острого или обострении хронического заболевания оказание медицинской помощи на дому, а также амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях; выдача больничного листа по уходу за ребенком;
3. организация консультаций врачей и консилиумов с участием ведущих специалистов в различных областях медицины;
4. организация и участие в проведении необходимых диагностических исследований с оценкой их результатов;
5. организация госпитализации по медицинским показаниям экстренная и/или плановая с подготовкой всех документов для госпитализации. Патронаж во время пребывания в стационаре;
6. контроль за процессом лечения, коррекция, при необходимости, плана дальнейших профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных процедур;
7. организация восстановительно-реабилитационного лечения, включая санаторно-курортное лечение;
8. проведение активной диспансеризации в декретированные сроки для здоровых детей и в индивидуальные для больных;
9. проведение углублённой диспансеризации, по показаниям, перед поступлением в детское дошкольное учреждение и в школу;
10. организация и проведение иммуно- и вакцинопрофилактики в объеме и в сроки, регламентированные национальным календарем профилактических прививок вакцинами импортного или отечественного производства;
11. оформление медицинской документации (в том числе выдаваемой на руки родителям): выписки

из амбулаторной карты, справки, выдаваемые врачом-педиатром;

12. представление информационных услуг по организации медицинской помощи, а также связь с личным врачом по телефону.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ОФИСНЫЙ ВРАЧ»

Программа предусматривает медицинскую терапевтическую амбулаторную помощь Застрахованным лицам (членам одного трудового коллектива и указанным в договоре страхования) закрепленным врачом терапевтом общей врачебной практики.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования по месту работы Застрахованного лица.

Объем медицинской помощи:

1. наблюдение и лечение закрепленным врачом терапевтом (врачом общей врачебной практики) для организации лечения острых и обострения хронических заболеваний Застрахованного лица в амбулаторно-поликлинических условиях и/или непосредственно на рабочем месте;
2. лабораторные и инструментальные методы диагностики и лечения; анализ результатов исследования;
3. лечебные манипуляции и физиотерапевтические процедуры;
4. организация и координация лечебно-консультативной и диагностической помощи врачей-специалистов;
5. ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни, справки в бассейн) и оформление санаторно-курортных карт;
6. организация госпитализации экстренной и плановой по медицинским показаниям с подготовкой всех документов для плановой госпитализации;
7. вызов бригады скорой медицинской помощи и организация медицинской перевозки при необходимости;
8. составление индивидуальной программы лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;
9. выписка рецептов, за исключением льготных.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «АНТИКЛЕЩ»

Программа предусматривает амбулаторную и стационарную медицинскую помощь Застрахованному лицу при укусе клеща (при нападении клеща), при заболевании клещевым энцефалитом (иксодовым клещевым боррелиозом/болезнью Лайма, эрлихиозом, анаплазмозом), а также проведение реабилитационных и профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем медицинской помощи:

1. Амбулаторная медицинская помощь:

- 1.1. Осмотр врачом, проведение манипуляций по удалению клеща;
- 1.2. Проведение лабораторной диагностики, в том числе:
 - 1.2.1. Исследование клеща на зараженность возбудителями клещевого энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма), эрлихиоза, анаплазмоза;
 - 1.2.2. При невозможности исследования клеща проведение лабораторно-диагностических исследований (анализ крови) на зараженность возбудителями клещевого энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма), эрлихиоза, анаплазмоза.
- 1.3. При положительных результатах лабораторно-диагностических исследований или при отсутствии возможности исследования клеща и проведения лабораторно-диагностических исследований (анализ крови):
 - 1.3.1. В отношении заболевания клещевым энцефалитом: введение специфического противоклещевого иммуноглобулина, согласно условиям серопротекции, но не позднее 72 часов с момента укуса клеща. Применение других лекарственных средств, в случае, если назначение иммуноглобулина противопоказано или с момента укуса прошло более 72 часов (по медицинским показаниям);
 - 1.3.2. В отношении иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма), эрлихиоза, анаплазмоза: назначение антибиотиков с учетом лекарственной переносимости и возраста Застрахованного (по медицинским показаниям).
 - 1.3.3. Оформление медицинской документации: листка временной нетрудоспособности, рецептов (за исключением льготных), направления на госпитализацию, выписки из амбулаторной карты, справок и других медицинских документов, связанных с возникшим заболеванием, вследствие укуса (нападения) клеща.

2. Стационарная медицинская помощь:

- 2.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- 2.2. лечение и профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
- 2.3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;
- 2.4. медицинские манипуляции, процедуры;
- 2.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- 2.6. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом;
- 2.7. экспертиза временной нетрудоспособности.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Программа предусматривает амбулаторную, стоматологическую, скорую и неотложную, стационарную медицинскую помощь, помощь на дому Застрахованному лицу по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение реабилитационных и профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица, по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем медицинской помощи:

1. Амбулаторная медицинская помощь:

1.1. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;

1.2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;

1.3. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;

1.4. экспертиза временной нетрудоспособности; ведение медицинской документации, выдача листов трудоспособности медицинских справок, выписка рецептов (за исключением льготных);

1.5. для Застрахованных лиц в возрасте от 0 до 18 лет: медицинский патронаж, диспансерные медицинские осмотры, консультации врачей узких специалистов (в декретированные сроки, при остром заболевании и обострении хронического), вакцинация. Вакцинация проводится в объеме и в сроки, регламентированные национальным календарем профилактических прививок вакцинами импортного или отечественного производства по показаниям и назначению врача.

2. Медицинская помощь на дому:

2.1. первичные и повторные осмотры врача терапевта (педиатра);

2.2. первичные и повторные осмотры врачей узких специалистов;

2.3. забор анализов на дому;

2.4. проведение медицинских манипуляций и процедур;

2.5. экспертиза временной нетрудоспособности; выписка рецептов (за исключением льготных).

3. Стоматологическая медицинская помощь:

3.1. первичные, повторные и консультативные приемы врачей-специалистов;

3.2. анестезия;

3.3. терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение;

3.4. стоматологические физиотерапевтические процедуры;

3.5. диагностические исследования, включая рентгеновизиографию и компьютерную томографию.

4. Скорая и неотложная медицинская помощь:

4.1. выезд бригады скорой и неотложной помощи;

4.2. первичный осмотр больного;

4.3. проведение диагностических мероприятий;

4.4. проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния;

4.5. экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.

5. Стационарная медицинская помощь:

- 5.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- 5.2. хирургическое и (или) консервативное лечение, профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
- 5.3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;
- 5.4. медицинские манипуляции, процедуры;
- 5.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- 5.6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
- 5.7. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом;
- 5.8. экспертиза временной нетрудоспособности.

6. Реабилитационно-восстановительное лечение, в том числе санаторно-курортное лечение:

- 6.1. пребывание в медицинской организации, оказывающей реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение;
- 6.2. консервативное лечение в соответствии с медицинскими стандартами;
- 6.3. обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу для лечения, назначенного врачом медицинской организации;
- 6.4. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;
- 6.5. диагностические лабораторные и инструментальные методы;
- 6.6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
- 6.7. лечебное питание;
- 6.8. уход, осуществляемый медицинским персоналом медицинской организации;
- 6.9. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ С ПОМОЩЬЮ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ» («ТЕЛЕМЕДИЦИНА»)**

Программа предусматривает медицинскую помощь Застрахованному лицу с применением телемедицинских технологий по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования.

Объем медицинской помощи:

1. Консультативные приемы врачей (терапевта, педиатра, врача семейной медицины, врача общей практики и узких врачей-специалистов) с применением телемедицинских технологий по следующим вопросам:

- обсуждение и оценка состояния здоровья;
- принятие решения о необходимости очного приема;
- интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- определение способов лечения;
- рекомендации по профилактике заболеваний;
- разъяснения по ранее назначенному врачом лечению;
- рекомендации по подготовке к назначенным исследованиям и манипуляциям.