

ООО «СК «ИНСАЙТ»

Утверждаю:
Генеральный директор

Потапов А.А.

19 ноября 2020 года

Приложение 1 к Приказу №22/П
от 19 ноября 2020 года

**Правила
Добровольного медицинского страхования №М004-02**

2020 г.

Оглавление

1. Общие положения.....	3
2. Основные термины и определения, применяемые в рамках настоящих Правил	4
3. Субъекты и объекты страхования.....	9
4. Страховые риски и страховые случаи	9
5. Общие исключения из страхового покрытия	11
6. Страховая сумма и порядок ее определения.....	14
7. Франшиза	15
8. Страховая премия. Порядок оплаты и возврата	15
9. Порядок заключения Договора страхования	16
10. Порядок прекращения Договора страхования.....	23
11. Права и обязанности сторон	25
12. Порядок организации медицинской помощи и/или иных услуг	30
13. Порядок определения страховой выплаты, срок осуществления страховой выплаты и перечень оснований для отказа в страховой выплате	33
14. Порядок разрешения споров	34

1. Общие положения

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ИНСАЙТ» (далее – «Страховщик») осуществляет свою деятельность и заключает договоры страхования в установленном Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке и на основании лицензии на осуществление страховой деятельности.

1.2. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – «Правила») разработаны и приняты в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации о страховании. Правила устанавливают отношения, возникающие между Страховщиком и юридическими лицами любой организационно-правовой формы, индивидуальными предпринимателями, дееспособными физическими лицами (далее – «Страхователи», «Застрахованные» и «Выгодоприобретатели») при заключении, исполнении и прекращении договоров добровольного медицинского страхования (далее - Договор страхования или Договоры страхования).

1.3. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование. Добровольное медицинское страхование (далее также - ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования (далее – «Программа страхования», «Программа», «Программы») и обеспечивает гражданам при наступлении Страхового случая получение Медицинской помощи и ее оплату и/или возмещение расходов на получение и/или в связи с получением Медицинской помощи, в соответствии с условиями Договоров страхования.

1.4. По соглашению сторон Медицинские и Иные услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу в Медицинских организациях (учреждениях), находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств.

1.5. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении Договора страхования или в период его действия до наступления Страхового случая. Все изменения (исключения или дополнения) условий должны быть внесены в Договор или оформлены путем подписания дополнительного соглашения к Договору, при условии, что они не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

1.7. На основании настоящих Правил Страховщиком могут быть разработаны отдельные Полисные условия, определяющие конкретные условия страхования. Каждые Полисные условия могут иметь свое оригинальное маркетинговое название.

1.8. Письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:

- письмо, уведомление в письменном виде передано на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному Страхователем (Застрахованным/Выгодоприобретателем) в Договоре страхования или ином документе;
- письмо, уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанной Страхователем (Застрахованным/Выгодоприобретателем) в Договоре страхования или ином документе;
- письмо, уведомление направлено в виде СМС-сообщения или в виде электронного сообщения с использованием мобильного приложения по номеру телефона, указанному Страхователем (Застрахованным/Выгодоприобретателем) в Договоре страхования или ином документе;

- письмо, уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика, о чем Страхователь (Застрахованный/Выгодоприобретатель) проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения по номеру телефона, указанному Страхователем (Застрахованным/Выгодоприобретателем) в Договоре страхования или ином документе.

1.9. В случае направления Страховщиком заявлений на страхование, договоров (полисов), дополнительных соглашений, соглашений о прекращении, уведомлений и иной информации с адреса электронной почты Страховщика e-policy@insightins.ru на адрес электронной почты Страхователя, указанный в п. 1.8. настоящих Правил страхования, а также в случае направления Страхователем с указанного в п. 1.8. настоящих Правил адреса электронной почты Страхователя уведомлений, заявлений и иной информации по адресу электронной почты Страховщика, указанной в п. 1.9. настоящих Правил, требование о наличии подписи Страхователя и Страховщика считается выполненным, использование адресов электронной почты Страхователя и Страховщика, указанных в п.п. 1.8., 1.9. настоящих Правил, признается способом, позволяющим достоверно определить лицо, выразившее волю, письменная форма сделки считается соблюденной в соответствии со ст. 160 ГК РФ, при условии, что такой обмен документами и информацией позволяет воспроизвести на материальном носителе в неизменном виде содержание сделки.

1.10. В случае изменения адресов, номеров телефонов, реквизитов, другой контактной информации, сообщенной Страховщику при заключении Договора страхования, Страхователь (Застрахованный) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

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

2. Основные термины и определения, применяемые в рамках настоящих Правил

2.1. Применяемые в настоящих Правилах (а также в заключаемых на их основе Договорах страхования, Программах страхования, Полисных условиях) наименования термины и определения специально поясняются в настоящем разделе. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2.2. Основные термины и определения:

Амбулаторно-поликлиническое учреждение – лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее Медицинские услуги населению как непосредственно в самом учреждении, так и на дому, а также предназначенное для осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний.

Болезнь (Заболевание) — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом, имеющим полномочия официально ставить диагноз; а также нарушения нормальной жизнедеятельности организма, явившееся следствием осложнений, развившихся после врачебных манипуляций с целью лечения такого нарушения и произведенных в период

Срока страхования.

В настоящих Правилах и Программах страхования Болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения Договора страхования.

Выгодоприобретатель — лицо, которому принадлежит право на получение Страховой выплаты. Выгодоприобретателем является Застрахованный, если иное не предусмотрено Договором страхования. В случаях и на условиях, предусмотренных Договором Выгодоприобретателем может быть родственник Застрахованного или иное лицо, понесшее расходы в связи с Болезнью и/или состоянием Застрахованного лица, а также обстоятельствами, требующими оказания Медицинских и Иных услуг.

Госпитализация – лечение Застрахованного в Стационаре круглосуточного пребывания, необходимость которого была вызвана произошедшим в период Срока страхования несчастным случаем или Заболеванием. Госпитализацией не будет считаться помещение Застрахованного в Стационар исключительно с целью проведения медицинского обследования, нахождение Застрахованного в клинике или санатории, в том числе, для прохождения им восстановительного (реабилитационного) курса лечения, лечение в Стационаре дневного пребывания, нахождение Застрахованного в Стационаре в связи с карантинном или иными превентивными мерами официальных властей.

Дата заключения Договора – дата подписания сторонами Договора страхования, указанная в Договоре страхования.

Договор страхования - документ, удостоверяющий факт заключения Договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем. Договор страхования может также включать в себя Правила страхования, Программы страхования, Полисные условия, разработанные на основании настоящих Правил страхования.

Застрахованное лицо (Застрахованный) — указанное в Договоре страхования физическое лицо, имущественные интересы которого застрахованы по Договору страхования. В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, то он одновременно является Застрахованным лицом.

Инвалидность — социальная недостаточность вследствие нарушений здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или приобретенными дефектами, приводящая к ограничению жизнедеятельности, неспособности выполнять любую трудовую деятельность с целью получения дохода и необходимости в предоставлении социальной защиты. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу устанавливается группа инвалидности. Группа инвалидности Застрахованному лицу устанавливается государственной медико-социальной экспертизой (МСЭ) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе:

- сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.);
- питание и проживание (нахождение) при стационарном, Санаторно- курортном лечении, если оно не входит в стоимость Медицинской услуги (стоимости койко-дня);
- оформление Медицинской организацией (учреждением) различной медицинской документации;
- услуги по организации Медицинской помощи в других Медицинских организациях (учреждениях);
- информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или

- организацией оказания Медицинской помощи;
- Медико-транспортные услуги, в том числе услуги эвакуации и репатриации;
- услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей, находившихся с Застрахованным, в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным Страхового случая, транспортные услуги на их возвращение в страну постоянного проживания, на визит родственника к месту нахождения Застрахованного (расходы по проезду в оба конца), на возвращение сопровождающего Застрахованного в страну постоянного проживания, на их проживание в месте нахождения Застрахованного лица в связи с оказанием ему Медицинской помощи;
- переводческие услуги в период получения Медицинских и Иных услуг.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом Амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом Стационарного медицинского учреждения.

Личный кабинет – закрытый раздел официального сайта или мобильного приложения Страховщика, предназначенный для удаленного доступа Страхователя и/или Застрахованного лица через Интернет к информации по заключенным со Страховщиком Договорам страхования, заявленным по ним убыткам и совершения иных действий, предусмотренных настоящими Правилами.

Лимит выплаты (лимит ответственности) - максимальный размер Страховой выплаты по одному Страховому случаю и/или по всем заявленным Страховым случаям за период действия Договора страхования, по отдельным видам Медицинских и Иных услуг, по отдельным Заболеваниям (состояниям), их комбинациям. Лимиты ответственности могут быть установлены в абсолютном (денежном) выражении, в процентах или в натуральном выражении (по количественным показателям Медицинских услуг – процедур, койко-дней и т.п.). Лимит выплаты указывается в Договоре страхования.

Медицинская организация (учреждение) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, а также организации/учреждения, оказывающие Иные услуги, в том числе Амбулаторно-поликлиническое учреждение

В рамках настоящих Правил под Медицинской организацией (учреждением), понимаются и иные организации/учреждения, которые имеют право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность:

- научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие Медицинские и Иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;
- учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения;
- специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих Медицинские и Иные услуги, организационно-технические мероприятия, Лекарственное обеспечение, Обеспечение изделиями медицинского назначения, Санаторно-курортное лечение, профилактические мероприятия, снижающие степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медико-транспортные услуги - транспортировка Застрахованного в ближайшую Медицинскую организацию (учреждение), в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги могут также предусматривать возможность возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания и транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) в место его постоянного жительства или иное место, определенное Договором страхования, в случае смерти во время пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), включенных в Программу страхования и выписанных (назначенных) лечащим врачом Амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом Стационарного медицинского учреждения.

Особо опасные инфекции – заболевания инфекционной природы, представляющие чрезвычайную эпидемическую опасность для окружающих.

Официальный сайт Страховщика (Сайт компании): содержимое интернет-страниц, размещённых Страховщиком в сети Интернет по адресу: www.insightins.ru

Официальный Сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в т.ч. для заполнения и/или направления заявления о заключении, изменении, досрочном прекращении Договора страхования, для получения Страховой выплаты и/или иных документов, направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о Страховой выплате, включая сведения об осуществлении Страховой выплаты.

Период ожидания – период времени, исчисляемый от даты вступления Договора страхования в силу, в течение которого Страховщик освобождается по Договору в целом или по конкретному застрахованному риску от осуществления Страховой выплаты при наступлении события в указанный период, и в течение которого произошедшее событие не считается Страховым случаем.

Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС, Программа страхования, Программа) – объем медицинской помощи, составленный Страховщиком, а также порядок её оказания. Программа может включать в себя оказание Медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, Программы ДМС могут иметь различные, в том числе маркетинговые наименования, включая, но не ограничиваясь, названия Медицинских организаций (учреждений), наименования Страхователей, а также нумерацию (например, Поликлиника, Поликлиническая помощь №1, Личный врач, Личный педиатр, Врач общей практики, Специализированная стоматология, Помощь врача на дому/в офисе, Зубопротезирование, Аптека, Поликлиническая помощь на территории России, Экстренная стационарная помощь, Плановая и экстренная стационарная помощь, Экстренная стационарная помощь на территории России, Плановая стационарная помощь, Реабилитация, Санаторно-курортное лечение, и др.).

Полисные условия - специальные условия (правила), составленные на основе

настоящих Правил страхования и применимые к конкретному виду Договоров страхования (полисов), Программе страхования, и отражающие условия страхования, в том числе субъекты страхования; объекты, подлежащие страхованию; перечень Страховых рисков и Страховых случаев; Страховую сумму или порядок ее определения; размер, структуру или порядок определения Страхового тарифа; срок и порядок уплаты Страховой премии (страховых взносов); срок действия Договора страхования (полиса); порядок Страховой выплаты; права и обязанности сторон Договора страхования, последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств субъектами страхования; иные положения. В Полисных условиях Страховщик вправе разрабатывать и использовать также иные определения, вносить дополнения, уточнения, изменения в определения (условия), содержащиеся в настоящих Правилах страхования, - в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

Санаторно-курортное лечение – медицинская помощь, осуществляемая Медицинскими организациями (Санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

Стационарное учреждение (Стационар) – любая Медицинская организация (учреждение), в котором Медицинские и Иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в эту Медицинскую организацию (учреждение).

Страховщик — Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ИНСАЙТ», которое осуществляет свою деятельность и заключает Договоры страхования в установленном Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке и на основании лицензии на осуществление страховой деятельности.

Страховая сумма — определенная сторонами в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой определяются размеры Страховой премии (страхового взноса) и в пределах которой Страховщик осуществляет Страховую выплату.

Страховой тариф — ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы.

Страховая премия — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

Страховой риск — предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

Страховой случай — совершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату (Страховые выплаты) Выгодоприобретателю.

Страховая выплата — выплата, производимая при наступлении Страхового случая Выгодоприобретателю. Страховые выплаты производятся независимо от сумм, причитающихся по другим Договорам страхования, а также по социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

Срок страхования — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты, который начинается после вступления Договора страхования в силу и определяется в соответствии с настоящими Правилами страхования и/или условиями Договора страхования.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) Договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливаемая в виде определенного процента от Страховой суммы

или в определенном проценте от Страховой выплаты или в фиксированном размере.

3. Субъекты и объекты страхования

3.1 Субъектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный и Медицинская организация (учреждение).

3.2. Объектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются имущественные интересы, связанные с организацией и оплатой организации и оказания Медицинских и Иных услуг вследствие болезни физического лица или состояния физического лица, иных обстоятельств, требующих организации и оказания такой помощи и услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4. Страховые риски и страховые случаи

4.1 Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве Страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2 Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание Медицинской помощи Застрахованному при его обращении в Медицинскую организацию (учреждение) по поводу болезни и/или состояния, требующего оказания Медицинских и Иных услуг, а также иных обстоятельств, предусмотренных Договором страхования.

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

4.3.1 Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую организацию (учреждение) из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, и/или к Страховщику для получения или организации получения различных видов платной Медицинской помощи, включенных в Программу страхования, по поводу Болезни и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания Медицинской помощи и повлекших возникновение расходов на оплату Медицинских и Иных услуг, оказанных Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

4.4. Страховщик при наступлении Страхового случая организует и оплачивает предоставление Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, оказанных Застрахованному лицу в период:

4.4.1. до окончания срока действия страхования - если осуществлялось обращение в Медицинскую организацию (учреждение) за получением Медицинской помощи, за исключением услуг, указанных в п. 4.5.2. и 4.5.3. настоящих Правил;

4.4.2. до момента выписки из Стационара - если осуществлялось обращение за получением Медицинской помощи в условиях Стационара. В случае, если Договором страхования предусматривалось оказание Медико-транспортных услуг, также осуществляется оплата услуги по транспортировке Застрахованного лица из Стационара в течение 3 (трех) дней (если иной срок не предусмотрен Договором страхования или письменно не согласован со Страховщиком) после выписки из Стационара;

4.4.3. до момента доставки тела до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, где произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является, - в случае смерти

Застрахованного лица при условии включения в Договор страхования организации и оплаты услуги по репатриации тела.

4.5. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в соответствии с Программами страхования (Приложения 1–6 к Правилам), или иными разработанными Страховщиком Программами содержащих разные виды и объемы Медицинской помощи при возникновении Страхового случая, например: стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной Медицинской помощи, а также лекарственной помощи и т.д.

4.6. Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической Медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды Медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. Санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги Амбулаторно-поликлинического учреждения, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных Стационарах и Стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной Медицинской помощи Стационарной Медицинской организации (учреждения); оказание Санаторно-курортной Медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) врачом лекарственных средств; оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов Медицинской помощи Застрахованному при его обращении в Медицинскую организацию (учреждение) к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; диспансерное наблюдение Застрахованных; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4.7. Программы, предусматривающие оказание стационарной Медицинской помощи (в том числе в условиях дневного Стационара), могут содержать отдельные или все виды Медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. Санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги Стационарного учреждения, в частности, следующие: оказание стационарной помощи, как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление Медицинской организацией (учреждением) сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные средства и другие необходимые для оказания Медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в Стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание Медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в Стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания Медицинских организаций (учреждений). Программы, предусматривающие оказание стационарной Медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в Стационаре.

4.8. Программы, предусматривающие оказание скорой и неотложной Медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской

помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций, и необходимой экспресс-диагностики.

4.9. Программы, предусматривающие оказание Медико-транспортных и Иных услуг, могут включать в себя эвакуацию, репатриацию (в том числе экстренную), посмертную репатриацию, а также оплату расходов по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей, находившихся с Застрахованным, в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая, транспортные услуги на их возвращение в страну постоянного проживания, на визит родственника к месту нахождения Застрахованного (расходы по проезду в оба конца), на возвращение сопровождающего Застрахованного в страну постоянного проживания, на их проживание в месте нахождения Застрахованного лица в связи с оказанием ему Медицинской помощи в случаях, предусмотренных Договором страхования.

4.10. При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме Медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком Медицинской помощи, включаемой в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному Медицинской помощи.

4.11. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать Программы к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных). Такие Программы излагаются в Договоре страхования или прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

5. Общие исключения из страхового покрытия

5.1. На страхование принимаются лица в возрасте от 0 (ноля) полных лет на дату заключения Договора страхования до 75 (семидесяти пяти) полных лет на момент окончания действия Договора страхования, с учетом исключений, указанных в настоящих Правилах, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, на страхование не принимается и не может быть Застрахованным лицо, имеющее на момент заключения Договора страхования следующее Заболевание и/или состояние и/или связанные с ним осложнения:

5.2.1. ВИЧ-инфекция, СПИД;

5.2.2. особо опасные инфекции, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь. По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен;

5.2.3. наркологические заболевания;

5.2.4. психические расстройства и расстройства поведения;

5.2.5. злокачественные новообразования, гемобластозы;

5.2.6. туберкулез;

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

5.2.8. системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

5.2.9. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной

недостаточностью и требующие проведения регулярного гемодиализа;

5.2.10. хронические гепатиты С, Е, F, G;

5.2.11. инвалидность I или II группы.

5.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее под одну из категорий, перечисленных в п. 5.2., т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику об обстоятельстве(ах), указанном(ых) в п.п. 5.2.1 – 5.2.11. настоящих Правил страхования, и наличие этих обстоятельств было выявлено после вступления Договора страхования в силу, то Страховщик вправе по своему усмотрению исключить таких Застрахованных из списка Застрахованных лиц (в случае заключения Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц) и/или потребовать уплаты дополнительной Страховой премии и/или требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются Страховыми случаями события, произошедшие с вышеуказанными лицами, и, соответственно, Страховщик не будет производить Страховые выплаты по заявленным событиям.

5.4. Лица, указанные в п.п. 5.2.4. - 5.2.11. настоящих Правил страхования, по решению Страховщика (при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем (лицом, заявленным на страхование) о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование) могут быть приняты на страхование и быть Застрахованными по итогам оценки риска. При этом Страховщик вправе применить поправочные коэффициенты.

При страховании лиц, указанных в п.п. 5.2.4. - 5.2.11. настоящих Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию (учреждение) в связи с оказанием ему Медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с ними осложнениям.

5.4.1. Если Договор страхования заключен на условиях, по которым принимаются лица, в том числе указанные в п. 5.2., то п.п. 5.3., 5.4., 5.8. настоящих Правил страхования не применяются. В любом случае, при страховании лиц, указанных в п. 5.2. не являются страховым случаем обращения Застрахованного лица в Медицинскую организацию (учреждение) в связи с оказанием ему Медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в п. 5.2. настоящих Правил страхования и связанным с ними осложнениям.

5.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страхованию не подлежит и не может быть Застрахованным лицо, которое на дату заключения Договора страхования находится на стационарном лечении. Если лицо находилось на стационарном лечении на дату заключения Договора страхования, то страхование в отношении такого Застрахованного лица распространяется с даты, следующей за датой выписки из Стационара.

5.6. Не является Страховым случаем и не оплачивается обращение Застрахованного в Медицинскую организацию (учреждение) за получением Медицинских и Иных услуг в следующих случаях:

5.6.1. обращение Застрахованного лица за получением Медицинской помощи, не предусмотренной Программой страхования и/или Договором страхования и/или не назначенной врачом, как медицински необходимая и целесообразная и/или выполняемая по желанию Застрахованного;

5.6.2. в части покрытия расходов на оказание Медицинской помощи, не обоснованных документами, предусмотренными п. 12.2. Правил, подтверждающими наступление Страхового случая;

5.6.3. в части покрытия расходов, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и/или Договором страхования, в т.ч. расходов в связи с оказанием Застрахованному различных видов платной Медицинской помощи не включенных в

Программу;

- 5.6.4. обращение за Медицинской помощью вне срока действия Договора страхования;
- 5.6.5. обращение за Медицинской помощью в Медицинскую организацию (учреждение), не предусмотренную Договором страхования и не согласованную со Страховщиком;
- 5.6.6. обращение за Медицинской помощью по основаниям иным, чем Заболевание, ухудшение состояния здоровья и/или возникновение состояния, а также обстоятельств, требующих оказания Медицинской помощи, указанных в Программе;
- 5.6.7. наличие страховых событий, не повлекших возникновение расходов на оплату Медицинской помощи.

5.7. Не является Страховым случаем и не оплачивается обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию (учреждение) за получением Медицинских и Иных услуг:

- 5.7.1. в состоянии наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной Медицинской помощи);
- 5.7.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со Страховым случаем;
- 5.7.3. в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Программой страхования;
- 5.7.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;
- 5.7.5. в связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой, чумой, холерой, вирусными геморрагическими лихорадками, полиомиелитом, ТОРС, пр.) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина.

Если Застрахованному лицу в случаях обращения, указанных в настоящем пункте, была оказана Медицинская помощь, и впоследствии было выяснено, что такое обращение не является страховым случаем, Застрахованный (Выгодоприобретатель) обязан возместить Страховщику понесенные им расходы на оплату Медицинских и Иных услуг, оказанных Застрахованному (Выгодоприобретателю) по такому обращению.

5.8. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п. 5.2. Правил страхования, Страховщик оплачивает Медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие Договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ или действовать в соответствии с п. 5.4. настоящих Правил.

5.8.1. Для целей реализации процедуры прекращения действия Договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Страховщик имеет право в договорах с Медицинскими организациями (учреждениями) предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п. 5.2. Правил страхования.

5.8.2. После получения информации, указанной в п. 5.8. Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия Договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного, содержащее ссылку на п. 5.8. Правил и указание на сумму Страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате) в соответствии с условиями п.п. 5.8.4. - 5.8.5. Правил.

5.8.3. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в п. 5.8. настоящих Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 рабочих дня до даты прекращения действия Договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения Договора страхования в отношении последнего в течение не более, чем 3 рабочих дня.

5.8.4. В том случае, если на момент прекращения Договора страхования Страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении Договора в отношении определенного Застрахованного, вернуть Страхователю часть Страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия Договора страхования, в течение которого Договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного.

5.8.5. В том случае, если после момента прекращения Договора страхования, как это определено в настоящем пункте, у Страхователя в соответствии с условиями Договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия Договора страхования после момента прекращения Договора страхования как это описано в п.п. 5.8.2. - 5.8.3. Правил.

6. Страховая сумма и порядок ее определения

6.1. Страховой суммой является 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 сумма определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре страхования.

6.2. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема Медицинской помощи, предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.

6.3. В Договоре страхования Страховые суммы могут быть установлены следующим образом:

а) единая (общая) Страховая сумма по всем Программам ДМС, предусмотренным Договором страхования для конкретного Застрахованного. В этом случае общая сумма оплаты Медицинской помощи, предусмотренной всеми Программами по всем Страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом, не может превышать установленной единой (общей) Страховой суммы;

б) отдельные Страховые суммы по каждой Программе ДМС, предусмотренной Договором страхования для конкретного Застрахованного. В этом случае сумма оплаты Медицинской помощи, оказанной данному Застрахованному в соответствии с конкретной Программой, не может превышать Страховую сумму по данной Программе страхования;

в) единая (общая) Страховая сумма по части Программ ДМС, предусмотренных Договором страхования для конкретного Застрахованного, и отдельные Страховые суммы по остальным Программам, предусмотренным Договором страхования для данного Застрахованного. В этом случае общая сумма оплаты Медицинской помощи, оказанной данному Застрахованному лицу, не может превышать:

- единой (общей) Страховой суммы в части оплаты той Медицинской помощи, которая оказана по Программам, для которых установлена единая (общая Страховая сумма);
- отдельной Страховой суммы по соответствующей Программе в части оплаты той Медицинской помощи, которая оказана в рамках данной Программы.

г) единая (общая) Страховая сумма по всему Договору страхования с выделением Страховых сумм по Программам страхования или без выделения таковых, для всех Застрахованных. В этом случае общая сумма оплаты Медицинской помощи, оказанной одному Застрахованному лицу, не может превышать:

- отдельной Страховой суммы (лимита страхования), установленной в отношении

отдельного Застрахованного лица.

6.4. Договором страхования могут быть установлены лимиты выплат.

6.5. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

7. Франшиза

7.1. По соглашению сторон Договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в Страховой выплате – Франшиза.

В соответствии с настоящими Правилами устанавливается безусловная Франшиза (размер Страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером Франшизы).

В случаях, когда это прямо предусмотрено Договором, Франшиза также может быть условной (Страховщик освобождается от ответственности за Страховую выплату, не превышающий или равную размеру Франшизы, но если размер Страховой выплаты превышает установленную Франшизу, то при расчете Страховой выплаты Франшиза не учитывается).

7.2. Договором страхования может быть предусмотрено, что при установлении безусловной Франшизы по Договору страхования Страховщик оплачивает Медицинскую помощь согласно счетам Медицинской организации (учреждения) в полном объеме с последующим (или предварительным) возмещением Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику той части оплаты Медицинских и Иных услуг, которая соответствует безусловной франшизе по Договору страхования.

7.3. Договором страхования может быть предусмотрено условие о том, что в случае достижения стоимости Медицинской помощи и Иных услуг, не подлежащей оплате Страховщиком согласно установленной безусловной франшизе, определенного значения по совокупности нескольких Страховых случаев, безусловная Франшиза перестает применяться, после чего стоимость последующей Медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования, оплачивается Страховщиком в полном объеме в соответствии с условиями Договора страхования.

7.4. Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная Франшиза), в процентах от Страховой суммы или убытка (относительная Франшиза), в единицах исчисления времени (временная Франшиза). Наличие абсолютной или относительной Франшизы и ее размер указываются в Договоре страхования, наличие временной Франшизы указывается в Программе или Договоре страхования.

7.5. Франшиза может быть установлена по Договору страхования, по Программе, по одному риску либо по их комбинации.

7.6. При установлении в Договоре временной Франшизы не подлежат оплате Страховщиком Медицинская помощь, за оказанием которой Застрахованный обратился в течение определенного в Договоре страхования периода.

8. Страховая премия. Порядок оплаты и возврата

8.1. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования.

8.2. Страховая премия может быть уплачена либо наличными деньгами в кассу, либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика или его уполномоченного представителя.

8.3. Размер Страховой премии определяется Страховщиком исходя из тарифных ставок, Страховых сумм, срока страхования, пола/возраста принимаемых на страхование лиц, объема Медицинской помощи, выбранной Программы страхования, ценовой категории

Медицинской организации (учреждения), общего количества лиц, принимаемых на страхование, иных условий страхования.

Страховщик может определять как половозрастные тарифы, рассчитанные для потенциальных Застрахованных каждого пола и возраста, так и единый Страховой тариф с учетом половозрастной структуры группы предполагаемых Застрахованных лиц и других факторов, оказывающих существенное влияние на размер тарифа.

Страховщик имеет право применять к Страховым тарифам поправочные (повышающие и понижающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени Страхового риска, указанных Страхователем в Заявлении на страхование (если применимо), а также полученных Страховщиком в результате оценки Страхового риска, состояния здоровья Застрахованного, профессии, (рода деятельности), наличия у Застрахованного вредных привычек, хобби и увлечений, связанных с повышенной степенью риска, территории, на которой будет находиться Застрахованный в течение срока действия Договора страхования, величины франшизы (если применимо) и т.д.

8.4. При увеличении степени страхового риска, а также в случаях, предусмотренных в п.5.3. настоящих Правил Страховщик имеет право потребовать оплаты дополнительной страховой премии, которая рассчитывается Страховщиком в соответствии с п. 8.3. настоящих Правил страхования.

8.5. В случае изменения стоимости Медицинской помощи в период действия Договора страхования, Страховщик вправе изменить размер Страховой премии, если иное не установлено в Договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости Медицинской помощи Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости Медицинской помощи, а также расчет измененной Страховой премии за не истекший период действия Договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 рабочих дней до даты изменения Страховой премии по Договору страхования. После подтверждения факта получения Страхователем уведомления, указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы Страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если Страховая премия подлежит уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату Страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы Страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом Страховой премии.

8.6. Страховая премия может быть оплачена Страховщику как единовременным платежом в полном объеме за весь период страхования, так и в рассрочку (два и более страховых взноса) за период страхования в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

8.7. Если Договором страхования предусмотрено внесение Страховой премии в рассрочку, Договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

В случае неуплаты Страхователем Страховой премии (если страхование распространяется на страховые события до оплаты Страховой премии) или очередных страховых взносов в сроки, предусмотренные Договором, Страховщик имеет право по своему усмотрению уменьшить объем страховой ответственности (Страховую сумму, перечень оказываемых услуг) в одностороннем порядке, уведомив об этом Страхователя или применить последствия, указанные в п. 10.1.3. настоящих Правил, в случае если Договором не предусмотрено иное.

9. Порядок заключения Договора страхования

9.1. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления

Страхователя на страхование:

- либо в виде одного документа (договора) с включенными в него Правилами страхования, подписанного Страховщиком и Страхователем;
- либо в виде страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением к нему Правил страхования, являющихся неотъемлемой частью страхового полиса (Правила могут быть не приложены к полису, а размещены на официальном сайте Страховщика). В этом случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем страхового полиса, и уплатой страховой премии (первого страхового взноса);
- путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго п. 1 ст. 160 ГК РФ либо в виде электронного страхового полиса, неотъемлемой частью которого являются настоящие Правила страхования, с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ «Об электронной подписи», в т.ч. через официальный сайт Страховщика или сайты страхового агента или страхового брокера.

9.2. В письменном заявлении на страхование должны быть указаны (Страховщик может запросить не все данные):

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование. В случае, если Договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) Застрахованного, то в Договоре должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо;
- наименование, адрес места нахождения, ИНН, телефон, электронная почта, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо, либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, ИНН, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, миграционная карта (для иностранцев), номер телефона, адрес электронной почты и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид Медицинской помощи, Страховая сумма и наименование Медицинских организаций (учреждений);
- срок, на который заключается Договор страхования.

Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык.

Письменное заявление на страхование является приложением к Договору страхования и его неотъемлемой частью. По запросу Страховщика Застрахованное лицо обязано заполнить медицинскую анкету до заключения Договора страхования.

Если в Договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия/правила страхования (полностью или частично), то в Договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

9.3. Договор страхования считается заключенным с даты его подписания, если иное не установлено Договором страхования.

Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты Страховой премии или первого её взноса, но не ранее даты заключения Договора.

9.3.1. По Договору страхования, вступающему в силу с даты уплаты премии (первого взноса), при неуплате премии (первого взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок,

установленный в Договоре страхования как дата уплаты премии (первого взноса), Договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

9.3.2. Если Договором страхования предусмотрено его вступление в силу с иного момента, чем уплата Страховой премии или первого страхового взноса, в случае неуплаты Страхователем премии (первого взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный Договором, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) Договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

Если Договор страхования не вступил в силу на момент возникновения у страховщика права прекратить Договор страхования в установленном настоящим пунктом порядке, Договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

9.3.3. В случае неуплаты второго или последующих страховых взносов в срок и в размере, установленные Договором, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) Договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

9.3.4. При прекращении Договора страхования Страховщиком в одностороннем порядке по основаниям и в порядке, предусмотренным пунктами 9.3.2. и 9.3.3. настоящей статьи, уплаченная Страховщику Страховая премия не возвращается Страхователю, если иное не установлено в договоре.

9.3.2. Соглашения об изменении или о расторжении Договора совершаются в той же форме, что и Договор.

9.4. Заключение Договора страхования в электронной форме.

9.4.1. В соответствии с настоящими Правилами, пунктом 2 статьи 434 ГК РФ и статьи 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., Договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта www.insightins.ru или сайта страхового агента или страхового брокера в порядке, указанном в настоящих Правилах.

9.4.2. Для заключения Договора страхования в электронной форме страхователь подает Страховщику или страховому посреднику заявление о страховании через Сайт Компании или страховых посредников путем заполнения заявления на страхование или анкеты/полей, которое/которые обязательно содержит следующие данные:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование;
- наименование, адрес места нахождения, ИНН, телефон, электронная почта, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо, либо индивидуальный предприниматель;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, ИНН, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, миграционная карта (для иностранцев), адрес электронной почты, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- предполагаемый вид Медицинской помощи, Страховая сумма и наименование Медицинских организаций (учреждений);
- срок, на который заключается Договор страхования.

9.4.3. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условий Страхования и (или) анкеты/полей на Сайте Компании, для заключения Договора страхования страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде

(в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

9.4.4. Заявление о заключении Договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью. В случае заключения Договора страхования согласно ст. 160 ГК РФ и п. 1.9. настоящих Правил страхования Страховщик вправе воспользоваться иными способами подтверждения своего согласия с условиями страхования.

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

9.4.6. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями Договора страхования, выбранных им Программ и настоящих Правил. Оплата Страховой премии Страхователем – физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 означает согласие Страхователя с заключением Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и Договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Компании или сайте страхового посредника.

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (Полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной Программе страхования, и на основе которых заключен Договор страхования, может быть дополнительно включена в текст Договора страхования (Страхового полиса).

9.4.7. По требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) Страховщик предоставляет распечатанные на бумажном носителе и заверенные им копии электронных документов без взимания дополнительной платы.

9.5. По решению Страховщика перечень документов/информации, предоставляемых для заключения Договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа) может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления Страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя Страховой выплаты.

9.6. Подписывая (или принимая условия страхования и/или оплачивая страховую премию) Договор страхования Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения Договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования, включающих: объект страхования, Страховые риски, размер Страховой премии, а также порядок получения Медицинских и Иных услуг и порядок осуществления Страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на получение Страховой выплаты, если Договором страхования предусмотрено возмещение на основании представленных документов;
- об обстоятельствах, влияющих на размер Страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты Страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты Страховой премии (страховых взносов);
- о применяемых Страховщиком Франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в Страховой выплате или сокращение ее размера;

- о наличии дополнительных условий для заключения Договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или обследования Застрахованного лица при заключении Договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения Договора страхования;
- о размере (примерном расчете) Страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении Договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера Страховой премии, Страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки Страхового риска;
- о наличии условия возврата Страхователю уплаченной Страховой премии в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения Страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от Медицинских организаций (учреждений), непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события Страховым случаем или о размере Страховой выплаты;
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- об адресе места приема документов на Страховую выплату;
- иной информации, указанной в п. 2.1. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением Банка России (Протокол № КФНП-24 от 09.08.2018 г.

9.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного Договора страхования.

9.8. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на Страховые случаи, произошедшие после вступления Договора страхования в силу.

9.9. Договором страхования может быть предусмотрено, что после заключения Договора страхования Страховщик в порядке, определенном Договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами Договора страхования (именной документ, подтверждающий заключение Договора страхования и/или полис страхования и пр. (далее – Страховые документы)).

9.10. При утрате Страхователем или Застрахованным Страховых документов (если таковые были выданы согласно Договору страхования) по его письменному Заявлению может быть выдан дубликат таких документов.

9.11. При заключении Договора страхования стороны оговаривают способы взаимодействия, которые будут использоваться для предоставления информации получателю страховых услуг.

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) способами, установленными Договором страхования, а также посредством телефонной, почтовой и иной связи.

9.12. Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных по Договору страхования лиц на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания Медицинской помощи и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из Медицинских организаций (учреждений) и др.

Закключая Договор страхования, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных по Договору страхования лиц на обработку Страховщиком и/или его партнерами по их запросу полной информации о факте своего обращения за оказанием Медицинской помощи, о состоянии своего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, составляющей врачебную тайну (ч.3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в том числе после смерти Застрахованного, включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных, по Договору страхования, лиц на предоставление государственными органами и службами, Медицинскими организациями (учреждениями), в том числе Пенсионным фондом, Фондом обязательного медицинского страхования, располагающими сведениями об истории его заболевания, о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе о возможных причинах наступления Страхового случая (в том числе любым врачом, оказавшим ему Медицинскую помощь и исследовавшим состояние его здоровья), в том числе после смерти Застрахованного, Страховщику и/или его партнеру любой информации, а также разрешает Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о Страховой выплате при наступлении Страхового случая.

Под персональными данными в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, идентификационный номер налогоплательщика, данные свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данные о местах работы и занимаемых должностях, адрес проживания, телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в Медицинские организации (учреждения), методах и способах лечения, о результатах медицинского исследования.

Согласие предоставляется на обработку персональных данных как с применением, так и без применения средств автоматизации, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Во исполнение обязательств по Договору страхования Страховщик также вправе передавать персональные данные Застрахованных в Медицинские организации (учреждения), партнеры, предусмотренные Договором страхования, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных Медицинских организаций учреждений и партнеров Страховщика данные о Застрахованных, при условии, что Страховщик имеет договоры с указанными Медицинскими организациями (учреждениями), обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных Медицинских организаций (учреждений) и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных Застрахованных. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Застрахованного.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных.

Закключая Договор страхования, Страхователь также подтверждает свое согласие и согласие Застрахованных на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком и тот факт, что заявление исходит именно от субъекта персональных данных.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.

После прекращения действия Договора страхования, а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 10 (десяти) лет с момента прекращения действия Договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

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

9.13. Порядок взаимодействия Страховщика и Страхователя до заключения и при заключении договора страхования:

9.13.1. Страхователь (потенциальный Страхователь) должен быть проинформирован о способах и порядке подачи Страховщику письменного или устного заявления о заключении договора страхования или об ином порядке заключения договора страхования с соблюдением правил раздела 2 Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. 09.08.2018 г. (Протокол № КФНП-24 от 09.08.2018 г.), а также о необходимости ознакомления с Правилами и договором страхования;

9.13.2. Страховщик не имеет права ставить заключение договора страхования по одному виду страхования в зависимость от наличия (заключения) договора по другому виду страхования, а также от наличия (заключения) договоров оказания иных видов финансовых услуг, за исключением договоров комбинированного страхования.

Не является нарушением предложение страховых продуктов, которые предполагают наличие у Страхователя других договоров страхования или договоров оказания финансовых услуг;

9.13.3. запрещается дискриминация Страхователей при заключении договора страхования. Не является дискриминацией определение условий конкретного договора страхования с учетом степени риска.

9.13.4. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием настоящих Правил страхования, а также дополнительными условиями, если они являются неотъемлемой частью договора страхования, до заключения договора страхования и вручить ему при заключении договора страхования их экземпляр или предоставить ссылку на официальный сайт Страховщика, на котором размещены Правила страхования. В случае, если договор страхования заключается с использованием личного кабинета на официальном сайте Страховщика, указанные документы могут предоставляться посредством размещения в личном кабинете;

9.13.5. Страховщик обязан предоставить и разъяснить положения, содержащиеся в Правилах и договоре страхования, по требованию Страхователя, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования:

- об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающие: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, применяемых франшизах, исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;
- об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (рассрочки) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов); об

условиях возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа от договора страхования;

- о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска на основании представленной Страхователем информации в заявлении на страхование и прилагаемых к нему документов;
- о сроках рассмотрения обращений относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты; о принципах расчета убытка (ущерба);
- о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.13.6. Страховщик при заключении договора страхования информирует Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме.

9.13.7. Страховщик обязан в случае утраты Страхователем договора страхования в период его действия выдать дубликат. После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и выплаты по нему не производятся;

9.13.8. Страховщик по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставляет Страхователю копии договора страхования (страхового полиса) или дубликат полиса-оферты и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, дополнительных условий страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению. Страховщик обязан предоставить Страхователю указанные документы по действующим договорам страхования бесплатно один раз.

10. Порядок прекращения Договора страхования

10.1. Договор страхования прекращает свое действие:

10.1.1. в случае истечения срока, на который был заключен Договор страхования;

10.1.2. в случае смерти Застрахованного (Договор прекращается в отношении такого Застрахованного лица) – с даты смерти Застрахованного;

10.1.3. по требованию Страховщика - в случае неуплаты Страховой премии (страхового взноса) в установленные Договором сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных п. 11.4.10. Правил, если Договором страхования не установлено иное – с даты направления Страховщиком требования о прекращении Договора страхования или даты, указанной в этом требовании. Уведомление о прекращении может быть направлено в электронном виде. При этом Страхователь не освобождается от оплаты Страховой премии за период действия Договора страхования;

10.1.4. в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от Договора страхования. Договор считается прекращенным полностью с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

10.1.5. в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных в части Договора страхования в отношении отозвавшего свои персональные данные Застрахованного. Договор считается прекращенным в соответствующей части с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;

10.1.6. по требованию Страхователя в любое время - с даты получения Страховщиком требования о прекращении Договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;

10.1.7. по соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;

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

10.1.9. в случае ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя;

10.1.10. в случае исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме;

10.1.11. в случаях, указанных в п. 5.3., 5.8. Правил;

10.1.12. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) Договором страхования – с даты, определенной законом или Договором для таких случаев.

10.3. При прекращении Договора страхования возврат Страховой премии не осуществляется, за исключением случаев прекращения действия Договора страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц в случае их увольнения (прекращения трудовых отношений со Страхователем), если иное не установлено Договором.

10.4. По иным основаниям прекращения Договора страхования возврат уплаченной Страховой премии (взносов) не производится, если иное не предусмотрено Договором страхования или настоящими Правилами страхования, в т.ч. п. 10.6. настоящих Правил страхования. Если Договором страхования устанавливается иное, в нем определяется размер подлежащей возврату части Страховой премии.

10.5. Возврат Страховой премии осуществляется в течение 15 рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате Страховой премии, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования или настоящими Правилами, в т.ч. п. 10.6. настоящих Правил страхования. В случае возврата страховой премии из суммы, подлежащей возврату вычитаются расходы на ведение дела (РВД) в размере, определяемом Страховщиком, а также часть премии пропорционально времени действия Договора страхования.

10.6. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от Договора.

10.6.1. Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении Договора страхования, указанным в п. 10.1. настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от Договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая.

10.6.2. В случае если Страхователь - физическое лицо отказался от Договора страхования в срок, указанный в п. 10.6.1. настоящих Правил страхования, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

10.6.3. В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования в срок, указанный в п. 10.6.1. настоящих Правил страхования, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

10.6.4. При досрочном прекращении Договора страхования в порядке, предусмотренном

настоящим пунктом, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в п. 10.6.1. настоящих Правил страхования.

10.6.5. Возврат Страховой премии Страхователю – физическому лицу в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

10.6.6. Действие п. 10.6. настоящих Правил страхования не распространяется на Договоры страхования, Страхователями по которым являются юридические лица, физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими Страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, Медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

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

11. Права и обязанности сторон

11.1. Страхователь имеет право:

11.1.1. требовать от Страховщика организации оказания Медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;

11.1.2. в течение срока действия Договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень Страховых рисков, перечень Медицинских организаций (учреждений) и/или Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к Договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера Страховой премии, если иное не установлено в Договоре страхования;

11.1.3. досрочно прекратить действие Договора страхования;

11.1.4. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями Договора страхования по соглашению сторон;

11.1.5. прекратить в отношении Застрахованного действие Договора страхования;

11.1.6. с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по Договору. Замена Застрахованных по Договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ;

11.1.7. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия Договора Страховой суммы, расчетов Страховой выплаты;

11.1.8. один раз в течение действия Договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего Договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных Договором страхования;

11.1.9. осуществлять контроль за соблюдением условий Договора страхования;

11.1.10. требовать предоставления Застрахованному лицу в Медицинских организациях (учреждениях), предусмотренных Договором страхования, Медицинских и Иных услуг в

соответствии с условиями Договора страхования;

11.1.11. по письменному запросу получить один раз по одному Договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет, если возврат Страховой премии предусмотрен Договором или Правилами страхования;

11.1.12. по запросу получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается Договор страхования;

11.1.13. в случае не предоставления Медицинских услуг и Иных услуг надлежащего качества, в объеме, предусмотренном Программой, сообщать об этом Страховщику.

11.2. Страхователь обязан:

11.2.1. по запросу Страховщика предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (Страхового риска);

11.2.2. по запросу Страховщика предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

11.2.3. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействующих на здоровье Застрахованных лиц;

11.2.4. уплачивать Страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

11.2.5. доплатить по требованию Страховщика Страховую премию в случае увеличения стоимости Медицинской помощи в период действия Договора страхования, если иное не установлено в Договоре страхования;

11.2.6. если предусмотрено Договором страхования, передать Застрахованному Страховые документы, определенные Договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия Договора страхования;

11.2.7. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в Договоре страхования;

11.2.8. своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, т.е. об изменении обстоятельств, которые были сообщены Страховщику при заключении Договора страхования и о ставших известными случаях выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа указанных в 5.2. Правил. Данный пункт не распространяется на случаи, когда Договор заключён в соответствии с п. 5.1. настоящих Правил с лицами, независимо от имеющих у них заболеваний, указанных в п. 5.2. настоящих Правил;

11.2.9. получить согласие (дать согласие, в случае заключения Договора в отношении самого себя) Застрахованных лиц на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования, а также обеспечить хранение письменных согласий Застрахованных лиц на обработку их персональных данных;

11.2.10. Страхователь обязан по письменному запросу Страховщика (в том числе по запросу, направленному по электронной почте) представить оригиналы письменного согласия Застрахованного лица в случае получения Страховщиком запроса от Застрахованного лица, государственного органа, связанного с обработкой персональных данных такого Застрахованного лица в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты такого запроса. В случае необеспечения наличия оригинала такого письменного согласия

Страхователь обязан компенсировать Страховщику понесенные им штрафы, иные расходы в связи с тем, что Страховщик не в состоянии доказать правомерность обработки персональных данных Застрахованного лица. Ответственность Страхователя, предусмотренная данным пунктом может быть исключена условиями Договора страхования;

11.2.11. до получения страхового возмещения, если такая информация не была предоставлена в момент заключения договора страхования, предоставить Страховщику данные для идентификации Страхователя, бенефициарных владельцев Страхователя, представителя Страхователя, получателя, выгодоприобретателя, единоличного исполнительного органа Страхователя – юридического лица в соответствии с Федеральным законом от 07.08.2001 №115-ФЗ “О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма”.

11.3. Застрахованный имеет право:

11.3.1. требовать от Страховщика организации оказания своевременной и качественной Медицинской помощи, и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями Договора страхования;

11.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение Медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

11.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления Медицинской помощи;

11.3.4. при утрате Страховых документов, когда их выдача была осуществлена в соответствии с условиями Договора страхования, получить их дубликаты (бесплатно один раз в течение действия Договора страхования);

11.3.5. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов Страховой выплаты.

11.4. Застрахованный обязан:

11.4.1. соблюдать порядок оказания Медицинской помощи, предусмотренный Программой;

11.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания Медицинской помощи, а также распорядок, установленный Медицинской организацией (учреждением);

11.4.3. если Договор страхования заключен на условиях, когда на страхование не принимаются лица, указанные в п. 5.2. настоящих Правил страхования, своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него Заболеваний (состояний), из числа указанных в п. 5.2. Правил;

11.4.4. не передавать Страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими Медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования;

11.4.5. по требованию Страховщика в соответствии с п. 11.5.3. Правил, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;

11.4.6. своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

11.4.7. при утрате Страховых документов, если такие документы были выданы в соответствии с условиями Договора страхования, своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликатов;

11.4.8. при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызывать врача на дом, установленной Застрахованным после достижения с представителями Медицинской организации (учреждения) договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;

11.4.9. уплачивать Страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено

Договором страхования;

11.4.10. Нарушение Застрахованным условий п.п. 11.4.2., 11.4.3., 11.4.4., 11.4.5. и 11.4.9. Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий Договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия Договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или Договора страхования.

11.5. Страховщик имеет право:

11.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

11.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;

11.5.3. потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия Договора страхования у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются Заболевания (состояния) из числа указанных в п.5.2. Правил;

11.5.4. прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п. 11.4.2., 11.4.3., 11.4.4., 11.4.5. и 11.4.9. Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия Договора страхования Страхователю и Застрахованному;

11.5.5. если Договор страхования заключен на условиях, когда на страхование не принимаются лица, указанные в п. 5.2. настоящих Правил страхования, прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в п.п. 5.3., 5.8. Правил и предусмотренных действующим законодательством;

11.5.6. прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком;

11.5.7. в случае выявления в течение действия Договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения - потребовать досрочно прекратить Договор страхования;

11.5.8. при наличии у Страхователя просроченной дебиторской задолженности перед Страховщиком по закончившемуся Договору страхования, приостановить в отношении Застрахованного (-ых) организацию оказания Медицинской помощи по действующему Договору страхования до погашения Страхователем подтвержденной задолженности. Страховщик должен уведомить Страхователя не менее чем за 5 рабочих дней до начала приостановления организации Медицинской помощи о факте наличия задолженности с указанием последствий непогашения задолженности;

11.5.9. выяснять причины и обстоятельства Страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах Страхового случая;

11.5.10. требовать от Застрахованного лица (Страхователя) компенсации расходов Страховщика, возникших в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с Медицинской организацией (учреждением) процедуры, приемы и исследования, необоснованным или ложным вызовом Службы скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима, если такие действия Застрахованного лица повлекли затраты Страховщика;

11.5.11. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица отражающей его заболевания/травму, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, в том числе после смерти, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования,

оплатой оказанной Застрахованному лицу Медицинской помощи, страховой выплатой, защитой прав Застрахованного лица.

11.6. Страховщик обязан:

11.6.1. организовать и оплатить, либо только оплатить, если это предусмотрено условиями Договора страхования, получение Застрахованным Медицинской помощи, предусмотренной Программой;

11.6.2. организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями Договора страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

11.6.3. контролировать объем, сроки и качество организованной им Медицинской помощи в соответствии с условиями договора с Медицинскими организациями (учреждениями);

11.6.4. осуществить Страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) Договором страхования;

11.6.5. в случаях, предусмотренных Договором страхования, выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные Договором страхования, а при их утрате – дубликаты (бесплатно один раз в течение действия Договора страхования);

11.6.6. проинформировать Страхователя, лицо, намеревающееся заключить договор страхования, о способах и порядке подачи Страховщику письменного или устного заявления о заключении договора страхования или об ином порядке заключения договора страхования, а также о необходимости ознакомления с настоящими Правилами страхования и договором страхования;

11.6.7. при заключении договора страхования вручить Страхователю текст договора страхования вместе со всеми документами, являющимися неотъемлемой частью договора страхования, включая экземпляр настоящих Правил (или разместить Правила страхования на официальном сайте Страховщика, указав в договоре страхования ссылку на официальный сайт Страховщика);

11.6.8. при заключении договора страхования проинформировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, своевременно проинформировать об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя (Выгодоприобретателя) при его обращении. В случае невозможности информирования Страхователя/Выгодоприобретателя до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик предоставляет указанные сведения при обращении Страхователя (Выгодоприобретателя) посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным доступным способом;

11.6.9. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить Страхователю копии договора страхования (страхового полиса) или дубликат полиса-оферты и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, Программ, Полисных условий), за исключением информации, не подлежащей разглашению. Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз;

11.6.10. предоставить Страхователю по его запросу, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, один раз по одному договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы Страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования, Правил страхования, на основании которых произведен расчет;

11.6.11. информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового

взноса в установленный в договоре страхования срок или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования;

11.6.12. по требованиям Страхователей, Застрахованных, Выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия Договора Страховой суммы, расчеты Страховой выплаты;

11.6.13. информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений, путем направления уведомления по почтовому адресу, по электронной почте или иным предусмотренным Договором страхования способом связи.

11.6.14. по устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями Федерального Закона от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», бесплатно один раз по каждому страховому случаю после осуществления выплаты, предоставить информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указание на компенсацию ущерба в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и Правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

11.6.15. по письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, в срок не превышающий 30 (тридцати) дней с даты получения запроса, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;

11.6.16. по письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя), позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с даты получения запроса, бесплатно один раз по одному событию предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты;

11.6.17. соблюдать обязанности, требования, установленные Базовыми и Внутренними стандартами Всероссийского Союза Страховщика, применимые к данным Правилам страхования.

11.7. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика.

12. Порядок организации медицинской помощи и/или иных услуг

12.1. Для получения предусмотренной Договором страхования и Программой Медицинской помощи Застрахованный обращается в Медицинскую организацию

(учреждение), предусмотренную Договором страхования или согласованную со Страховщиком или к Страховщику или к уполномоченному представителю/партнеру Страховщика.

12.1.1. В случае обращения Застрахованного к Страховщику или к его уполномоченному представителю/партнеру с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, последний должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных Договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые он должен предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о Страховой выплате в качестве возмещения израсходованных Застрахованным личных средств, о порядке и способе их возмещения, и о сроках проведения указанных действий и представления документов. Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Застрахованного, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

12.1.2. В случае обращения Застрахованного непосредственно в Медицинскую организацию (учреждение) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, Медицинская организация (учреждение) оказывает Медицинскую помощь, а также информирует Застрахованного обо всех предусмотренных Договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые он должен предпринять, о страховом покрытии и исключениях, а также, при необходимости, обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о Страховой выплате в качестве возмещения израсходованных Застрахованным личных средств, о порядке и способе их возмещения, и о сроках проведения указанных действий и представления документов.

12.2. Для получения предусмотренной Договором страхования и Программой Медицинской помощи Застрахованный (Выгодоприобретатель) может, с предварительного письменного согласия Страховщика если это предусмотрено Договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или состоянии, требующем оказания Медицинской помощи, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями Договора страхования, обратиться в любую Медицинскую организацию (учреждение) и самостоятельно оплатить Медицинскую помощь, предусмотренную Программой, а также Санаторно-курортное лечение путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства. После получения услуг Застрахованный, для получения Страховой выплаты в качестве возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату Медицинских услуг, должен в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента их оплаты представить в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о компенсации расходов, понесенных Застрахованным (Выгодоприобретателем) в соответствии с условиями настоящей статьи, или отказ в Страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному (Выгодоприобретателю) в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного (Выгодоприобретателя) или его представителя следующих документов:

12.2.1. письменное заявление на получение Страховой выплаты;

12.2.2. документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя Страховой выплаты, а также иные документы, позволяющие идентифицировать Застрахованное лицо, если Договор страхования заключен без указания ФИО Застрахованного;

12.2.3. документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному (договор оказания Медицинских услуг или Санаторно-курортного лечения, выписка из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью ЛПУ или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющий) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему Прейскуранту, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных средств, материалов/

предметов медицинского назначения, заверенные подписью ответственного лица в ЛПУ и печатью ЛПУ;

12.2.4. оригиналы оплаченных счетов с указанием Медицинской организации (учреждения) (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанной Медицинской помощи и ее стоимости, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов, их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;

12.2.5. в случае, если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения, документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом Медицинской организации (учреждения) (рецепт или сигнатура, или заключение врача о назначении лекарственных средств/изделий медицинского назначения), факт их применения при проведенном лечении, а также документы по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (чек ККМ или документ его заменяющий в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги);

12.2.6. в случае репатриации - документы, подтверждающие факт оплаты Медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги), медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемое органами записи актов гражданского состояния, документы, подтверждающие оказание услуг (акты оказанных услуг);

12.2.7. в случае компенсации расходов на сопровождение Застрахованного и его несовершеннолетних детей, находившихся с Застрахованным, в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным Страхового случая, транспортные услуги на их возвращение в страну постоянного проживания, на визит родственника к месту нахождения Застрахованного (расходы по проезду в оба конца), на возвращение сопровождающего Застрахованного в страну постоянного проживания, на их проживание в месте нахождения Застрахованного лица в связи с оказанием ему Медицинской помощи – документы, подтверждающие родство (свидетельство о рождении, свидетельство о регистрации брака, пр.), документы, подтверждающие понесенные расходы на транспортные услуги и на сопровождение детей Застрахованного лица, на их проживание;

12.2.8. при обращении за Страховой выплатой от имени другого лица - документы, подтверждающие, что лицо является законным представителем или близким родственником Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя, свидетельство о регистрации брака), и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при Страховой выплате третьим лицам).

При получении документов на Страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления. Если полученные Страховщиком документы на Страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

В случае если Застрахованным или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления Страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления Страховой выплаты до получения указанных

сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

12.3. Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным или его представителем документы, недостаточны для принятия решения об осуществлении Страховой выплаты, и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов

12.4. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (иных документов) на предмет их соответствия Страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

12.5. Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

12.6. В случае принятия Страховщиком решения об отказе в Страховой выплате, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа.

12.7. При необходимости Застрахованный в течение срока действия Договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору страхования.

12.8. Конкретный порядок организации Медицинских и Иных услуг зависит от выбранной Программы и определяется Договором страхования и конкретной Программой.

13. Порядок определения страховой выплаты, срок осуществления страховой выплаты и перечень оснований для отказа в страховой выплате

13.1. Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты Медицинских и Иных услуг при наступлении страхового случая по Договору страхования.

13.2. При осуществлении Страховой выплаты по Договору страхования в виде оплаты стоимости Медицинских и Иных услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в Медицинскую организацию (учреждение), счета оплачиваются в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении Страховой выплаты. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяносто) рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанную Медицинскую помощь не предусмотрено между Страховщиком и Медицинской организацией (учреждением). Иные порядок и сроки оплаты счетов Медицинских организаций (учреждений) могут быть предусмотрены договорами между Страховщиком и Медицинскими организациями (учреждениями).

Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной

путевки/курсовки на условиях описанных выше.

13.3. В случаях, предусмотренных п. 12.2. Правил, Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному (Выгодоприобретателю) его личных средств, израсходованных на получение Медицинской помощи на основании предъявленных документов, указанных в п.12.2. Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным (Выгодоприобретателем) расходы. При этом объем такой выплаты определяется Договором страхования, срок осуществления Страховой выплаты установлен в разделе 12 Правил.

13.4. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

13.5. Страховщик вправе осуществлять Страховую выплату (оплату стоимости Медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять Медицинские организации (учреждения):

13.5.1. за отдельную простую, сложную и/или комплексную Медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые Медицинской организацией (учреждением) и связанные с предоставлением указанной Медицинской помощи (далее - сервисные услуги);

13.5.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить вся или отдельная Медицинская помощь, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

13.5.3. по законченному случаю оказания помощи;

13.5.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое Медицинской организацией (учреждением) Застрахованному в течение определенного периода времени;

13.5.5. иных методов, предложенных Медицинскими организациями (учреждениями).

13.6. Если иного не установлено Договором страхования Страховщик освобождается от Страховой выплаты, если Страховой случай произошел вследствие:

13.6.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

13.6.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

13.6.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

13.7. Страховщик не вправе отказать в Страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или Договором страхования.

14. Порядок разрешения споров

14.1. Все споры или разногласия, следующие из Договоров страхования, заключённых на условиях настоящих Правил, в том числе связанные с отказом в осуществлении страховой выплаты, непризнанием Страховщиком события страховым случаем, оспариванием размера выплаченных Страховщиком сумм, разрешаются сторонами в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

14.2. При разрешении споров между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком стороны применяют обязательный претензионный досудебный порядок.

14.3. Претензия должна содержать следующие реквизиты:

- наименование «претензия»;
- дата и место ее составления;
- суть требований и обстоятельства, имеющие отношение к событию, имеющему признаки страхового случая и явившиеся основанием для предъявления претензии;
- сумма претензии и порядок ее расчета;
- подпись представителя стороны, имеющей претензию к другой стороне, и документ,

подтверждающий его полномочия.

К претензии должны быть приложены документы, подтверждающие обоснованность заявленных в претензии требований.

14.4. Письменная мотивированная претензия должна быть вручена уполномоченному представителю стороны лично или направлена по почте заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении.

14.5. Страховщик обязан рассмотреть претензию Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена физическим лицом в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», и если со дня нарушения, по существу которого направлена претензия, прошло не более ста восьмидесяти дней;
- в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

В течение указанного срока Страховщик обязан удовлетворить заявленное Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным) требование или направить мотивированный отказ в удовлетворении такого требования.

Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного), а при его отсутствии по почтовому адресу.

Все возникающие споры по договору страхования и неурегулированные в досудебном порядке, подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, в случаях, когда Страхователем/Выгодоприобретателем выступает физическое лицо и сумма требований не превышает суммы, установленной для обращения потребителя финансовых услуг в финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг». Порядок обращения к финансовому уполномоченному размещены на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Страховщика и/или на сайте финансового уполномоченного. В случае не согласия Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) с решением уполномоченного по правам потребителей финансовых услуг, в судебном порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Если иное не предусмотрено договором страхования, все споры, которые возникли между Страховщиком и Страхователем в связи с договором страхования и неразрешенные в досудебном порядке передаются:

- в Арбитражный суд г. Москвы, если Страхователь (Выгодоприобретатель) – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель;
- в соответствии с действующим законодательством, если Страхователь (Выгодоприобретатель) – физическое лицо.

Приложение 1
к Правилам добровольного медицинского страхования №М004-02

**Общие условия
программ добровольного медицинского страхования,
предусматривающих оказание амбулаторно-поликлинической
медицинской помощи**

1. Общие положения

1.1. По настоящим общим условиям Программы добровольного медицинского страхования (далее Общие условия) ООО «СК «ИНСАЙТ» (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно - поликлинической Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг) по поводу Болезни и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания амбулаторно - поликлинической Медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1.2. Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно - поликлинической Медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой страхования, созданной на основании настоящих Общих условий и прилагаемой к конкретному Договору страхования.

1.3. В Программу страхования, прилагаемую к Договору страхования могут быть включены весь объем Медицинских и Иных услуг или их часть, все или часть исключений, а также может быть скорректирован порядок оказания Медицинской помощи, предусмотренный настоящими Общими условиями.

2. Объем предоставляемой медицинской помощи

2.1. По настоящей Программе Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному следующей Медицинской помощи:

2.1.1. Первичный, повторный, консультативный, профилактический приемы и другие профессиональные услуги врачей-специалистов по: аллергологии-иммунологии; анестезиологии – реаниматологии; восстановительной медицине; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; гериатрии; гинекологии; дерматовенерологии; диабетологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической микологии; колопроктологии; косметологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; логопедии; мануальной терапии; медико-социальной экспертизе; неврологии; нейрохирургии; нефрологии; общей врачебной практике (семейной медицине); онкологии; оториноларингологии; офтальмологии; паразитологии; пластической хирургии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психологии; психотерапии; пульмонологии; радиологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; сурдологии-оториноларингологии; терапии; токсикологии; торакальной хирургии; травматологии-ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии;

2.1.2. Дистанционные онлайн-консультации (Телемедицина);

2.1.3. Лабораторная диагностика и исследования: общеклинические; биохимические; иммунологические; микробиологические; цитологические; серологические; генетические; гистологические; онкомаркеры; предоперационное обследование.

2.1.4. Инструментальная диагностика и исследования: функциональная диагностика; ультразвуковая диагностика; рентгенологические исследования; радиоизотопные методы; магнитно-резонансная томография; велоэргометрия; эндоскопические исследования.

2.1.5. Проведение лечебных и диагностических манипуляций: лечебный массаж;

физиотерапия;

2.1.6. Стоматологические услуги, включая ортодонтю и зубопротезирование;

2.1.7. Обеспечение (или возмещение расходов на их приобретение) лекарственными средствами;

2.1.8. Обеспечение (или возмещение расходов на их приобретение) изделиями медицинского назначения, а также расходными материалами, реабилитационными и адаптированными для инвалидов медицинскими изделиями, вспомогательными, ортопедическими, физиотерапевтическими и другими медицинскими изделиями индивидуального применения.

2.1.9. Амбулаторно-курортное лечение;

2.1.10. Экспертизу временной нетрудоспособности.

2.1.11. Оформление медицинской документации.

2.1.12. Помощь на дому.

2.1.13. Услуги дневного Стационара и Стационара на дому.

2.1.14. Дополнительные услуги: перевязка; капельница; диспансеризация в амбулаторно-поликлинических условиях; иммунопрофилактика; проведение предварительных и периодических медицинских осмотров; проведение предрейсовых/послерейсовых, предсменных\послесменных медицинских осмотров; сопровождение Застрахованного при проведении обследований и консультаций в Медицинской организации; сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного, Застрахованного, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу Медицинской помощи; услуги по доставке медикаментов; услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного в период получения Медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав Медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному Медицинских услуг; услуги переводчика в период получения Медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования; информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией Медицинской помощи в соответствии с Программой страхования; транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда Застрахованного с места проживания до места проведения лечения и обратно, либо из одной Медицинской организации в другую, в том числе с медицинским сопровождением; услуги сиделки; Медико-транспортные услуги.

2.2. Страховщик не оплачивает (не возмещает расходы) следующую Медицинскую помощь:

2.2.1. Медицинскую помощь по поводу перечисленных ниже Заболеваний и связанных с ними осложнений:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекции, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь. По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен;
- наркологические заболевания;

2.2.2 диагностику заболеваний, указанных в пункте 2.2.1. настоящих Общих условий, проводимую без медицинских показаний;

2.2.3. Медицинскую помощь, не предписанную (не назначенную) врачом;

2.2.4. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного;

2.2.5. услуги Стационара;

2.2.6. услуги скорой помощи.

2.2.7. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

2.3. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены Заболевания, из числа указанных в п. 2.2.1. настоящих Общих условий, Страховщик оплачивает Медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

3. Порядок оказания Медицинской помощи

3.1. Для получения амбулаторно-поликлинической Медицинской помощи, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен обратиться в Медицинскую организацию (учреждение) и в аптечную или иную организацию (далее - фарморганизация), указанные в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

В отдельных случаях и при письменном Согласовании Страховщика Застрахованный может обратиться в Медицинскую организацию (учреждение) или фарморганизацию, не указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

3.2. Медицинская помощь оказывается в режиме работы Медицинской организации, при наличии полиса добровольного медицинского страхования (или иного документа, подтверждающего факт заключения Договора страхования, например, списков Застрахованных, направленных заранее в Медицинскую организацию (учреждение)) и, при необходимости, пропуска в Медицинскую организацию (учреждение) и документа, удостоверяющего личность.

3.3. Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный предъявляет в фарморганизацию также рецепт, выписанный врачом Медицинской организации (учреждения), указанного в Программе страхования, приложенной к Договору страхования. Для организации доставки лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный обращается к Страховщику, к его представителю или в фарморганизацию.

3.4. В случае возникновения необходимости в амбулаторно-курортном лечении, Застрахованный должен представить Страховщику санаторно-курортную карту, выданную в установленном порядке. На основании представленных документов Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-курортное лечение.

3.5. В случаях, предусмотренных пунктами 3.1. – 3.2. настоящей Программы, Страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения) непосредственно Медицинской организации (учреждению), фарморганизации, санаторно-курортному учреждению либо иному санаторно-курортному агентству в виде оплаты санаторно-курортной путевки/курсовки.

3.6. Для получения Медицинской амбулаторно-поликлинической помощи, а также для приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, Застрахованный может, с предварительного письменного согласия Страховщика, если это предусмотрено Программой страхования, приложенной к Договору страхования, обратиться в любую Медицинскую организацию (учреждение) или фарморганизацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренной Программой страхования Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

3.6.1. Для осуществления Страховщиком Страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате Медицинской помощи Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для

возмещения понесенных расходов _____ (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты).

При этом возмещение производится не выше средней стоимости аналогичных услуг Медицинских организаций, указанных в Договоре страхования к настоящей Программе.

3.6.2. Для осуществления Страховщиком Страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов: _____ (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты).

3.6.3. Страховщик возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

- выписанных (назначенных) в установленном порядке врачом той Медицинской организации, которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, либо другой Медицинской организации (учреждения), в порядке п. 3.6. настоящих Общих условий;
- выписанных (назначенных) в рамках объема Медицинской помощи, которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования.

3.7. Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться к Страховщику, представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено Договором страхования, также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также Медицинскую организацию определяет Страховщик.

3.8. Застрахованный должен обратиться к Страховщику:

3.8.1. для организации рекомендованных врачом Медицинской помощи при невозможности оказания таких услуг ни одной из указанных в Договоре страхования Застрахованного Медицинских организаций (учреждений). Окончательный объем Медицинской помощи, а также Медицинскую организацию (учреждение) определяет Страховщик.

3.8.2 для организации экстренной стоматологической помощи в специализированной стоматологической Медицинской организации (учреждении) в случае невозможности оказания такой услуги ни одним из указанных в Договоре страхования специализированной стоматологической Медицинской организацией (учреждением). В этом случае также может оказываться медицинская транспортировка к Медицинской организации (учреждению) и обратно в ночное время (с 23.00 до 6.00) в пределах административной границы города/населенного пункта. Окончательный объем Медицинской помощи, а также Медицинскую организацию определяет Страховщик.

Приложение 2
к Правилам добровольного медицинского страхования №М004-02

**Общие условия
программ добровольного медицинского страхования,
предусматривающих оказание амбулаторно-поликлинической
медицинской помощи по месту нахождения Застрахованного (на дому, по месту
работы, по месту пребывания)**

1. Общие положения

1.1. По настоящим общим условиям Программы добровольного медицинского страхования (далее Общие условия) ООО «СК «ИНСАЙТ» (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно - поликлинической Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг) по месту нахождения Застрахованного, указанному в Программе страхования (на дому, по месту работы, по месту пребывания) по поводу Болезни и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания амбулаторно - поликлинической Медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

Медицинские и Иные услуги по настоящим Условиям оказываются Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру Заболевания не могут посетить Медицинскую организацию (учреждение).

1.2. Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно - поликлинической Медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой страхования, созданной на основании настоящих Общих условий и прилагаемой к конкретному Договору страхования.

1.3. В Программу страхования, прилагаемую к Договору страхования могут быть включены весь объем Медицинских и Иных услуг или их часть, все или часть исключений, а также может быть скорректирован порядок оказания Медицинской помощи, предусмотренный настоящими Общими условиями.

2. Объем предоставляемой медицинской помощи

2.1. По настоящей Программе Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному следующей Медицинской помощи:

2.1.1. Первичный, повторный, консультативный, профилактический приемы и другие профессиональные услуги врачей-специалистов по: терапии, общей врачебной практике (семейной медицине).

2.1.2. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по специальностям, не указанным в п. 2.1.1.

2.1.3. Оформление медицинской документации.

2.1.4. Забор материала для лабораторных исследований.

2.1.5. Проведение лечебных и диагностических манипуляций: лечебный массаж; физиотерапия.

2.1.6. Проведение инструментальных исследований: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования.

2.1.7. Дополнительные услуги: услуги сиделки; экспертиза трудоспособности, выдача листов нетрудоспособности.

2.2. Страховщик не оплачивает (не возмещает расходы) следующую Медицинскую помощь:

2.2.1. Медицинскую помощь по поводу перечисленных ниже Заболеваний и связанных с

ними осложнений:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекции, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь. По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен;
- наркологические заболевания;

2.2.2 диагностику Заболеваний, указанных в пункте 2.2.1. настоящих Общих условий, проводимую без медицинских показаний;

2.2.3. Медицинскую помощь, не предписанную (не назначенную) врачом;

2.2.4. услуги скорой помощи.

2.2.5. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

2.3. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены Заболевания, из числа указанных в п. 2.2.1. настоящих Общих условий, Страховщик оплачивает Медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

3. Порядок оказания медицинской помощи

3.1. Для получения амбулаторно-поликлинической Медицинской помощи по месту нахождения Застрахованного (на дому, по месту работы, по месту пребывания) Застрахованный должен обратиться к Страховщику или в Медицинскую организацию (учреждение), указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

В отдельных случаях и при письменном согласовании Страховщика Застрахованный может обратиться в Медицинскую организацию, не указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

3.2. Медицинская помощь оказывается по месту нахождения Застрахованного (на дому, по месту работы, по месту пребывания) в режиме выездной работы Медицинской организации, при наличии полиса добровольного медицинского страхования (или иного документа, подтверждающего факт заключения Договора страхования, например списков Застрахованных, направленных заранее в Медицинскую организацию) и документа, удостоверяющего личность.

3.3. В случаях, предусмотренных пунктами 3.1. – 3.2. настоящей Программы, Страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты Медицинской помощи непосредственно Медицинской организации.

3.4. Для получения Медицинской амбулаторно-поликлинической помощи по месту нахождения Застрахованного (на дому, по месту работы, по месту пребывания) Застрахованный может, с предварительного письменного согласия Страховщика, если это предусмотрено Договором страхования, обратиться в любую Медицинскую организацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренной Программой страхования Медицинской помощи.

3.6.1. Для осуществления Страховщиком страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате Медицинской помощи Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов _____ (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты).

При этом возмещение производится не выше средней стоимости аналогичных услуг Медицинских организаций, указанных в Договоре страхования к настоящей Программе.

Приложение 3
к Правилам добровольного медицинского страхования №М004-02

**Общие условия
Программ добровольного медицинского страхования,
предусматривающих оказание стационарной
медицинской помощи (экстренная и плановая госпитализация)**

1. Общие положения

1.1. По настоящим общим условиям Программы добровольного медицинского страхования (далее Общие условия) ООО «СК «ИНСАЙТ» (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному Медицинской (Медицинских и Иных услуг) помощи в условиях Стационара или дневного Стационара по поводу Болезни и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания Медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1.2. Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному Медицинской помощи в условиях Стационара или дневного Стационара в объеме, предусмотренном Программой страхования, созданной на основании настоящих Общих условий и прилагаемой к конкретному Договору страхования.

1.3. В Программу страхования, прилагаемую к Договору страхования могут быть включены весь объем Медицинских и Иных услуг или их часть, все или часть исключений, а также может быть скорректирован порядок оказания Медицинской помощи, предусмотренный настоящими Общими условиями.

1. Объем предоставляемой медицинской помощи

2.1. По настоящей Программе Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному следующей Медицинской помощи:

2.1.1. Первичный, повторный, консультативный, профилактический приемы и другие профессиональные услуги врачей-специалистов по: абдоминальной хирургии; аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; вирусологии; восстановительной медицине; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; гериатрии; гинекологии; дерматовенерологии; диабетологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической микологии; колопроктологии; косметологии (терапевтической); косметологии (хирургической); лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; неврологии; нейрохирургии; нефрологии; онкологии; ортодонтии; оториноларингологии; офтальмологии; паразитологии; патологической анатомии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; пульмонологии; радиологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; стоматологии ортопедической/терапевтической/хирургической, сурдологии-оториноларингологии, терапии; токсикологии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии.

2.1.2. Лабораторная диагностика и исследования: общеклинические; биохимические; иммунологические; микробиологические; цитологические; серологические; генетические; гистологические; онкомаркеры; предоперационное обследование.

2.1.3. Инструментальная диагностика и исследования: функциональная диагностика; ультразвуковая диагностика; рентгенологические исследования; радиоизотопные методы; магнитно-резонансная томография; велоэргометрия; эндоскопические исследования.

2.1.4. Проведение лечебных и диагностических манипуляций: лечебный массаж;

физиотерапия;

2.1.5. хирургическое и консервативное лечение;

2.1.6. пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

2.1.7. пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала, включая предоставление индивидуального поста медицинского персонала;

2.1.8. Обеспечение (или возмещение расходов на их приобретение) лекарственными средствами;

2.1.9. Обеспечение (или возмещение расходов на их приобретение) изделиями медицинского назначения, а также расходными материалами, реабилитационными и адаптированными для инвалидов медицинскими изделиями, вспомогательными, ортопедическими, физиотерапевтическими и другими медицинскими изделиями индивидуального применения.

2.1.10. Услуги службы скорой медицинской помощи: выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики; медицинская транспортировка Застрахованного в Медицинскую организацию (учреждение) и, при необходимости, обратно.

2.2. Страховщик не оплачивает (не возмещает расходы) следующую Медицинскую помощь:

2.2.1. Медицинскую помощь по поводу перечисленных ниже Заболеваний и связанных с ними осложнений:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекции, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь. По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен;
- наркологические заболевания;

2.2.2 диагностику Заболеваний, указанных в пункте 2.2.1. настоящих Общих условий, проводимую без медицинских показаний;

2.2.3. Медицинскую помощь, не предписанную (не назначенную) врачом;

2.2.4. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного;

2.2.5. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

2.3. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены Заболевания, из числа указанных в п. 2.2.1. настоящих Общих условий, Страховщик оплачивает Медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

3. Порядок оказания Медицинской помощи

3.1. Для получения скорой Медицинской помощи, экстренной или плановой госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должен обратиться в Медицинскую организацию (учреждение), указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса (или иного документа, подтверждающего факт заключения Договора страхования, например списков Застрахованных, направленных заранее в Медицинскую организацию (учреждение)) и документа, удостоверяющего личность.

В отдельных случаях и при письменном согласовании Страховщика Застрахованный

может обратиться в Медицинскую организацию (учреждение), не указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

3.2. Скорая Медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи Медицинской организации, указанной в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, или аналогичной службе другой Медицинской организации (учреждения).

3.3. Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в рекомендованную врачом Медицинскую организацию (учреждение) из числа указанных в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую Медицинскую помощь.

3.4. При необходимости получения экстренной Медицинской помощи в Медицинской организации (учреждении) без дальнейшей госпитализации медицинская транспортировка Застрахованного осуществляется:

- в Стационарное учреждение из числа указанных в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, либо
- в Медицинскую организацию (учреждение), указанную в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, предусматривающему предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг, и обратно.

3.5. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшее к месту нахождения Застрахованного Стационарное учреждение, способное оказать соответствующую Медицинскую помощь, в том числе через оказание скорой Медицинской помощи выездной бригадой скорой медицинской помощи службы «03». В дальнейшем Страховщик принимает меры для перевода Застрахованного в Медицинскую организацию (учреждение), из числа указанных в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, которое готово принять Застрахованного, при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.

3.6. Плановая госпитализация организуется Страховщиком (его представителем) на основании следующей документации, находящейся либо на руках у Застрахованного, либо в Медицинской организации (учреждении): направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется в один из указанных в Программе страхования, приложенной к Договору страхования Стационар, а при невозможности - в иной Стационар по согласованию с Застрахованным, в течение не более _____ дней с момента получения Страховщиком указанной документации.

3.7. Долечивание после стационарного лечения в условиях санаторно-курортных учреждений, профилакториев, восстановительных центров организуется Страховщиком (его представителем) на основании направления врача в согласованной со Страховщиком (его представителем) Медицинской организации (учреждении).

3.8. В случаях, предусмотренных пунктами 3.1. – 3.7. настоящих Общих условий, Страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения) непосредственно (либо через посредника) Медицинской организации (учреждению), аптечной или иной организации (далее – фарморганизация), санаторно-курортному учреждению либо иному санаторно-курортному агентству в виде оплаты санаторно-курортной путевки.

3.9. Для получения Медицинских и Иных услуг, а также для приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный может, в случаях предусмотренных Договором страхования, с предварительного письменного согласия

Страховщика обратиться в любую Медицинскую организацию (учреждение) или фарморганизацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить предусмотренные Программой страхования, приложенной к Договору страхования стоимость Медицинских и Иных услуг, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

3.9.1. Для осуществления Страховщиком Страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате Медицинских и Иных услуг Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов: _____ (указывается перечень) документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты.

3.9.2. Для осуществления Страховщиком Страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов: _____ (указывается перечень документов), которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты.

3.9.3. Страховщик возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

- выписанных (назначенных) в установленном порядке врачом той Медицинской организации (учреждения), которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, либо другой Медицинской организации (учреждения), в порядке п. 3.9. настоящих Общих условий;
- выписанных (назначенных) в рамках объема Медицинской помощи, которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования.

3.10. Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться к Страховщику, представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено Договором страхования также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также Медицинскую организацию (учреждение) определяет Страховщик. Оплата стоимости указанных в настоящем пункте услуг осуществляется Страховщиком непосредственно Медицинской организации (учреждению), либо Страховщик возмещает произведенные Застрахованным расходы в порядке, указанном в пункте 3.9. настоящих Общих условий.

Приложение 4
к Правилам добровольного медицинского страхования №М004-02

**Общие условия
Программ добровольного медицинского страхования,
предусматривающих оказание скорой медицинской помощи**

1. Общие положения

1.1. По настоящим общим условиям программы добровольного медицинского страхования (далее Общие условия) ООО «СК «ИНСАЙТ» (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному скорой Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг) в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства по поводу Болезни и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания Медицинской помощи.

1.2. Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному скорой Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг) в объеме, предусмотренном Программой страхования, созданной на основании настоящих Общих условий и прилагаемой к конкретному Договору страхования.

1.3. В Программу страхования, прилагаемую к Договору страхования, могут быть включены весь объем Медицинских и Иных услуг или их часть, все или часть исключений, а также может быть скорректирован порядок оказания Медицинской помощи, предусмотренные настоящими Общими условиями.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи

2.1. По настоящей Программе Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному следующей Медицинской помощи:

2.1.1 выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля, родовспоможение;

2.1.2 медицинская транспортировка Застрахованного в Медицинскую организацию (учреждение) с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию Медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, и, при необходимости, обратно.

2.2. Страховщик не оплачивает (не возмещает расходы) следующую Медицинскую помощь:

2.2.1. Медицинскую помощь по поводу перечисленных ниже Заболеваний и связанных с ними осложнений:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекции, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь. По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен;
- наркологические заболевания;

2.2.5. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

2.3. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены Заболевания, из числа указанных в п. 2.2.1. настоящих Общих условий, Страховщик оплачивает Медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

3. Порядок оказания медицинской помощи

3.1. Для получения скорой Медицинской помощи Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должен обратиться в Медицинскую организацию (учреждение), указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса (или иного документа, подтверждающего факт заключения Договора страхования, например, списков Застрахованных, направленных заранее в Медицинскую организацию (учреждение)) и документа, удостоверяющего личность.

В отдельных случаях и при Согласовании Страховщика Застрахованный может обратиться в Медицинскую организацию (учреждение), не указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

3.2. Скорая Медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи Медицинской организации (учреждения), указанной в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, или аналогичной службе другого Медицинской организации (учреждения).

3.2.1. Медицинская транспортировка осуществляется в ближайшее к месту нахождения Застрахованного Стационарное учреждение, способное оказать соответствующую Медицинскую помощь.

3.2.2. При наличии у Застрахованного Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающей предоставление ему амбулаторно-поликлинических услуг, или услуг Стационара, медицинская транспортировка осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи (кроме бригады службы «03») в Медицинскую организацию (учреждение), указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования, если данное Медицинская организация (учреждение) способно оказать соответствующую Медицинскую помощь, и обратно.

3.3. В случаях, предусмотренных пунктами 3.1. – 3.2. настоящих Общих условий, Страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты оказанных Медицинских и Иных услуг непосредственно (либо через посредника) Медицинской организации (учреждению).

3.4. Для получения Медицинских и Иных услуг, Застрахованный может, в случаях предусмотренных Договором страхования, с предварительного письменного согласия Страховщика обратиться в любую Медицинскую организацию (учреждение) Российской Федерации и самостоятельно оплатить предусмотренные Программой страхования, приложенной к Договору страхования стоимость Медицинских и Иных услуг.

3.4.1. Для осуществления Страховщиком Страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате Медицинских и Иных услуг Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов: _____ (указывается перечень) документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты.

Приложение 5
к Правилам добровольного медицинского страхования №М004-02

**Общие условия
Программ добровольного медицинского страхования,
предусматривающих обеспечение лекарственными средствами и изделиями
медицинского назначения**

1. Общие положения

1.1. По настоящим общим условиям программы добровольного медицинского страхования (далее Общие условия) ООО «СК «ИНСАЙТ» (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также при необходимости их доставку, выписанных (назначенных) ему врачом в случае Болезни и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания Медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1.2. Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также при необходимости их доставку в объеме, предусмотренном Программой страхования, созданной на основании настоящих Общих условий и прилагаемой к конкретному Договору страхования.

1.3. В Программу страхования, прилагаемую к Договору страхования могут быть включены разные объемы обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, а также объемы и условия их доставки, а также может быть скорректирован порядок оказания такой Медицинской помощи, предусмотренные настоящими Общими условиями.

2. Объем предоставляемой Медицинской помощи

2.1. По настоящей Программе Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному следующей Медицинской помощи:

2.1.1. Обеспечение лекарственными средствами;

2.1.2. Обеспечение биологически активными добавками к пище;

2.1.3. Обеспечение изделиями медицинского назначения и расходными материалами;

2.1.4. Доставка лекарственных средств и/или расходных материалов и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного, если Застрахованный по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в учреждении, осуществляющем фармацевтическую деятельность, предоставляющем лекарственную помощь или реализующем изделия медицинского назначения.

2.2. Страховщик не оплачивает (не возмещает расходы) следующую Медицинскую помощь:

2.2.1. Медицинскую помощь по поводу перечисленных ниже Заболеваний и связанных с ними осложнений:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекции, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь. По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен;
- наркологические заболевания;

2.2.5. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

2.3. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены Заболевания, из числа указанных в п. 2.2.1. настоящих Общих условий, Страховщик оплачивает Медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2.4. Страховщик не оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения и их доставку при предоставлении Медицинских услуг, которые исключены из соответствующих Программ ДМС Страховщика, имеющих у Застрахованного.

3. Порядок оказания Медицинской помощи

3.1. Для обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения Застрахованный должен обратиться в Медицинскую организацию (учреждение) и в аптечную или иную организацию (далее - фарморганизация), указанные в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

В отдельных случаях и при Согласовании Страховщика Застрахованный может обратиться в Медицинскую организацию (учреждение) или фарморганизацию, не указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

3.2. Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный предъявляет в фарморганизацию рецепт, выписанный врачом Медицинской организации (учреждения), указанного в Программе страхования, приложенной к Договору страхования. Для организации доставки лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный обращается к Страховщику, к его представителю или в фарморганизацию.

3.3. В случаях, предусмотренных пунктами 3.1. – 3.2. настоящей Программы, Страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты лекарственных средств и изделий медицинского назначения и их доставки непосредственно Медицинской организации (учреждению), фарморганизации.

3.4. Для обеспечения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика, если это предусмотрено Программой страхования, приложенной к Договору страхования, обратиться в любую Медицинскую организацию (учреждение) или фарморганизацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренной Программой страхования Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

3.4.1. Для осуществления Страховщиком Страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов: _____ (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты).

3.4.2. Страховщик возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

- выписанных (назначенных) в установленном порядке врачом той Медицинской организации (учреждения), которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, либо другой Медицинской организации (учреждения), в порядке п. 3.4. настоящих Общих условий;
- выписанных (назначенных) в рамках объема Медицинской помощи, которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования.

При этом сумма Страховой выплаты не может превышать среднюю стоимость

лекарственных средств и изделий медицинского назначения, реализуемых фарморганизациями, указанными в Программе страхования, приложенной к Договору страхования.

Приложение 6
к Правилам добровольного медицинского страхования №М004-02

**Общие условия
Программ добровольного медицинского страхования,
предусматривающих стоматологическую помощь**

1. Общие положения

1.1. По настоящим общим условиям Программы добровольного медицинского страхования (далее Общие условия) ООО «СК «ИНСАЙТ» (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному стоматологической Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг) по поводу Болезни и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания стоматологической Медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1.2. Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному стоматологической медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой страхования, созданной на основании настоящих Общих условий и прилагаемой к конкретному Договору страхования.

1.3. В Программу страхования, прилагаемую к Договору страхования могут быть включены весь объем Медицинских и Иных услуг или их часть, все или часть исключений, а также может быть скорректирован порядок оказания Медицинской помощи, предусмотренные настоящими Общими условиями.

2. Объем предоставляемой Медицинской помощи

2.1. По настоящей Программе Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному следующей Медицинской помощи:

2.1.1. Первичный, повторный, консультативный, профилактический приемы и другие профессиональные услуги врачей-специалистов по: стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; стоматологии пародонтологической; стоматологии ортопедической; стоматологии ортодонтической; стоматологии имплантологической.

2.1.2. Оформление и выдача медицинской документации.

2.1.3. Рентгенологические исследования: радиовизиография; дентальные снимки, ортопантограмма; компьютерная томография.

2.1.4. Анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).

2.1.5. Общая анестезия.

2.1.6. Стоматология терапевтическая: лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием современных, в том числе светоотверждаемых пломбировочных материалов; применение лечебной прокладки при глубоком кариесе; лечение некариозных поражений зубов;

2.1.7. Лечение пульпита: наложение девитализирующей пасты; механическая и медикаментозная обработка корневых каналов; временная пломбировка корневых каналов; пломбирование корневых каналов с использованием паст; пломбирование зубных каналов с использованием гуттаперчевых штифтов; пломбирование зубных каналов с использованием термофилов; постановка временной пломбы; постановка постоянной свето- или химиоотверждаемой пломбы при сохранении не менее 50% коронковой части зуба.

2.1.8. Лечение хронического периодонтита в стадии обострения: распломбировка корневых каналов; механическая и медикаментозная обработка корневых каналов; временная пломбировка корневых каналов; пломбирование корневых каналов с использованием паст; пломбирование корневых каналов с использованием

гуттаперчевых штифтов; пломбирование корневых каналов с использованием термофилов; постановка временной пломбы; постановка постоянной (свето- или химиотверждаемой пломбы) при сохранении не менее 50 % коронковой части зуба.

2.1.9. Замена пломбы;

2.1.10. Лечение пришеечного кариеса (при сохранении половины или более объема коронки зуба).

2.1.11. Восстановление разрушенной коронки зуба с использованием анкерных штифтов;

2.1.12. Стоматология хирургическая: удаление зубов (простое, сложное); лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области; разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, иссечение капюшона при перикоронарите; удаление ретинированных и дистопированных зубов; лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области; разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов;

2.1.13. Стоматология пародонтологическая: снятие зубных отложений; глубокое фторирование; покрытие зубов лаком при гиперстезии эмали; снятие зубных отложений при лечении острых состояний тканей пародонта; консервативное лечение заболеваний пародонта I-II степени (аппликации, инстилляциии медикаментов, наложение пародонтологической повязки); услуги, оказываемые в профилактических и косметических целях (герметизация фиссур, покрытие фторсодержащими препаратами, химическое, лазерное и другое отбеливание зубов, реставрация зубных рядов, косметическое восстановление зубов); шинирование зубов при заболеваниях тканей пародонта; лечение пародонтоза, хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта, в том числе открытый кюретаж.

2.1.14. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка.

2.1.15. Лечение заболеваний слюнных желез.

2.1.16. Стоматология-имплантология: зубопротезирование и подготовка к нему; съемные и фиксированные протезы; костные трансплантаты; имплантация зубов.

2.1.17. Ортодонтические виды лечения.

2.1.18. Стоматологические физиотерапевтические процедуры.

2.1.19. Обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также расходными материалами, вспомогательными, физиотерапевтическими и другими медицинскими изделиями индивидуального применения выписанных (назначенных) в рамках объема Медицинской помощи, которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования.

2.1.20. Лечение повреждений челюстно-лицевой области.

2.1.21. Дополнительные услуги в рамках стоматологического обслуживания:

- сопровождение Застрахованного при проведении обследований и консультаций в Медицинской организации;
- услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного в период получения Медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав Медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному Медицинских услуг;
- информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией Медицинской помощи в соответствии с Программой страхования;
- медицинская транспортировка, в том числе, организация проезда Застрахованного от места проживания до места проведения лечения и обратно, либо из одной Медицинской организации в другую, в том числе с медицинским сопровождением;
- экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности;
- зубопротезирование и подготовка к нему с применением металлопластмассовых и металлокерамических конструкций (без имплантации зубов) в случаях, когда необходимость в протезировании возникла в результате травмы, произошедшей в

течение срока действия Договора;

- восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба без использования штифтов;

2.2. Страховщик не оплачивает (не возмещает расходы) следующую Медицинскую помощь:

2.2.1. Медицинскую помощь по поводу перечисленных ниже Заболеваний и связанных с ними осложнений:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекции, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь. По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен;
- наркологические заболевания;

2.2.2 диагностику Заболеваний, указанных в пункте 2.2.1. настоящих Общих условий, проводимую без медицинских показаний;

2.2.3. Медицинскую помощь, не предписанную (не назначенную) врачом;

2.2.4. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с целью улучшения психологического состояния Застрахованного;

2.2.7. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

2.3. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены Заболевания, из числа указанных в п. 2.2.1. настоящих Общих условий, Страховщик оплачивает Медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

3. Порядок оказания Медицинской помощи

3.1. Для получения стоматологической Медицинской помощи, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен обратиться в Медицинскую организацию (учреждение) и в аптечную или иную организацию (далее - фарморганизация), указанные в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

В отдельных случаях и при Согласовании Страховщика Застрахованный может обратиться в Медицинскую организацию или фарморганизацию, не указанную в Программе страхования, приложенной к конкретному Договору страхования.

3.2. Медицинская помощь оказывается в режиме работы Медицинской организации (учреждения), при наличии полиса добровольного медицинского страхования (или иного документа, подтверждающего факт заключения Договора страхования, например списков Застрахованных, направленных заранее в Медицинскую организацию (учреждение)) и, при необходимости, пропуска в Медицинскую организацию (учреждение) и документа, удостоверяющего личность.

3.3. Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный предъявляет в фарморганизацию также рецепт, выписанный врачом Медицинской организации (учреждения), указанной в Программе страхования, приложенной к Договору страхования. Для организации доставки лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный обращается к Страховщику, к его представителю или в фарморганизацию.

3.4. В случаях, предусмотренных пунктами 3.1. – 3.2. настоящей Программы, страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения)

непосредственно Медицинской организации (учреждению), фарморганизации.

3.5. Для получения стоматологической Медицинской помощи, а также для приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика, если это предусмотрено Программой страхования, приложенной к Договору страхования, обратиться в любую Медицинскую организацию (учреждение) или фарморганизацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренной Программой страхования Медицинской помощи (Медицинских и Иных услуг лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

3.5.1. Для осуществления Страховщиком Страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате Медицинской помощи Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов _____ (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты).

При этом возмещение производится не выше средней стоимости аналогичных услуг Медицинских организаций, указанных в Договоре страхования к настоящей Программе.

3.5.2. Для осуществления Страховщиком страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов: _____ (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения Страховой выплаты).

3.6.3. Страховщик возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

- выписанных (назначенных) в установленном порядке врачом той Медицинской организации (учреждения), которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования, либо другой Медицинской организации (учреждения), в порядке п. 3.6. настоящих Общих условий;
- выписанных (назначенных) в рамках объема Медицинской помощи, которая указана в Программе страхования, приложенной к Договору страхования.