

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ПРОМИНСТРАХ»**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Генеральный директор**

**ООО «ПРОМИНСТРАХ»**

**С. С. Гладкин**

**«30» ноября 2011 г.**



**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**Г.Москва**

Содержание:

- I. Общие положения
  - II. Объект страхования
  - III. Страховые случаи и объем страховой ответственности
  - IV. Исключения из страхового покрытия
  - V. Страховая сумма
  - VI. Страховой взнос (страховая премия)
  - VII. Срок страхования
  - VIII. Договор страхования
  - IX. Последствия изменения степени риска
  - X. Порядок выполнения обязательств по договору
  - XI. Страховая выплата
  - XII. Отказ в страховой выплате
  - XIII. Права и обязанности сторон
  - XIV. Прекращение действия договора страхования
  - XV. Недействительность договора страхования
  - XVI. Порядок внесения дополнений и изменений в договор страхования
  - XVII. Порядок разрешения споров
- ПРИЛОЖЕНИЯ 1-6

## I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил ООО «ПРОМИНСТРАХ» (далее -Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует возмещение в объеме страховой медицинской программы расходов на медицинские услуги и медикаменты в Медицинских учреждениях.

1.2. Медицинские учреждения - юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности, оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную, восстановительно-реабилитационную и иную медицинскую помощь, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

1.3. Страхователи - юридические лица (предприятия, организации и т.п.) любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры добровольного медицинского страхования.

1.4. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.5. При коллективном страховании Страхователи - юридические лица заключают договоры страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи - физические лица вправе заключать со Страховщиком договоры страхования, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (далее - Застрахованные лица).

1.6. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования в пользу Застрахованных лиц в возрасте от рождения до 80 лет.

1.7. Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования в соответствии с программами, согласно которым гарантирует организацию и финансирование медицинских услуг определенного вида и качества на следующих основных условиях:

1.7.1. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Амбулаторная помощь», в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;

1.7.2. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Личный врач», в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;

1.7.3. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программами медицинского страхования «Терапевтический стационар» и «Хирургический стационар», в Медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь;

1.7.4. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Комплексная программа», в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь.

1.7.5. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Лекарственное обеспечение», в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Программа «Лекарственное обеспечение» предоставляется только в сочетании с программами «Амбулаторная помощь», «Личный врач» или «Комплексная программа» для приобретения лекарства по рецепту врача амбулаторно-поликлинического учреждения или личного врача, за исключением льготных рецептов.

1.7.6. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг скорой (неотложной) помощи предусмотренных программой медицинского страхования «Скорая медицинская помощь». На таких условиях Застрахованному лицу гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг в соответствии с перечнем, предусмотренном в договоре страхования, при обращении в соответствующие учреждения скорой (неотложной) медицинской помощи, определенные договором.

Неотложная медицинская помощь предусматривает оказание медицинской помощи при возникновении у Застрахованного лица угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, ожогами, отравлениями,

преждевременными родами, внематочной беременностью, требующих неотложного медицинского вмешательства.

1.7.7. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Стоматологическая помощь», в Медицинских учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь;

1.7.8. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Восстановление - Реабилитация», в Медицинских учреждениях, оказывающих лечебно-восстановительную терапевтическую помощь и специализированную реабилитационную помощь;

1.7.9. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Дородовое наблюдение беременных женщин», в Медицинских учреждениях, оказывающих акушерскую помощь;

1.7.10. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Оказание акушерской помощи», в Медицинских учреждениях, оказывающих акушерскую помощь;

1.7.11. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования «Индивидуальное ведение родов», в Медицинских учреждениях, оказывающих специализированную стационарную помощь;

1.8. К основным условиям договор страхования может включать дополнительные условия.

1.8.1. Дополнительным условием к программам «Амбулаторная помощь», «Терапевтический стационар», «Хирургический стационар» и «Личный врач» может предусматриваться организация предоставления и оплата стоматологической помощи по программе медицинского страхования «Стоматологическая помощь» в следующем объеме:

-терапевтическая стоматология при лечении следующих заболеваний: кариеса, пульпита, периодонтита, пародонтита, снятие зубных отложений и камней;

-хирургическая стоматология при лечении следующих заболеваний: кариес, пульпита, периодонтита, пародонтита, снятие зубных отложений и камней;

-рентгенодиагностика заболеваний зубов и прилегающих тканей;

-анестезия при лечении следующих заболеваний: кариеса, пульпита, периодонтит, пародонтита, снятие зубных отложений и камней.

1.8.2. Дополнительным условием к программам «Амбулаторная помощь», «Личный врач», «Терапевтический стационар», «Хирургический стационар» и «Комплексная программа» может предусматриваться организация предоставления и оплата реабилитационного и восстановительного лечения после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем по программе медицинского страхования «Восстановление - Реабилитация» в следующем объеме:

-стационарное реабилитационное лечение в количестве койко-дней, определенных медицинскими показаниями;

- диагностика состояния застрахованного гражданина (лабораторные методы исследования, инструментальные методы исследования) в объеме, определяемом врачом;

- проведение назначенного врачом реабилитационного учреждения консервативного лечения в период стационарного лечения;

- проведение физиотерапевтического лечения в объемах определенных назначением врача;

- проведение специализированных методов реабилитационного лечения по назначению врача;

- разработка и выдача рекомендаций по амбулаторному лечению после проведения курса реабилитационного лечения.

Программа предусматривает организацию и оплату восстановительного и реабилитационного лечения в больницах и специализированных подразделениях восстановительного лечения, санаториях,

санаториях-профилакториях, физкультурных диспансерах, водо- и грязелечебницах с которыми Страховщик имеет договоры на оказание медицинской помощи.

1.8.3. Дополнительным условием к программам "Амбулаторная помощь", «Личный врач» и "Комплексная медицинская помощь" может предусматриваться организация обеспечения и оплата лекарственных средств Застрахованным лицам по программе «Лекарственное обеспечение» при амбулаторно-поликлиническом лечении в объеме медицинских услуг:

- поиск лекарственных средств в аптечных учреждениях, назначенных врачом амбулаторно-поликлинического учреждения или личного врача;

- оплата аптечным учреждениям расходов на лекарственные средства, назначенные по рецепту врачом амбулаторно-поликлинического учреждения или личным врачом, за исключением льготных рецептов.

1.9. Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении Застрахованных лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 80 лет.

1.10. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, инвалиды, больные онкологическими заболеваниями в терминальной стадии и системными заболеваниями крови.

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

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

## **II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с возмещением затрат, вызванных обращением Застрахованного лица в Медицинские учреждения за медицинской, в том числе лекарственной, помощью и медицинскими услугами в объеме, предусмотренном договором страхования.

## **III. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

3.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового обеспечения в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в Медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является факт обращения Застрахованного лица в течение периода действия договора страхования в Медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при родах, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, за получением консультативной, лечебной, лекарственной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

3.3. Перечень медицинских услуг, в том числе лекарственной помощи, и объем страховой ответственности (страховая сумма) по договору страхования определяется программой медицинского страхования и перечнем Медицинских учреждений, определенных договором страхования, в которых Застрахованное лицо вправе получить медицинскую и лекарственную помощь.

3.4. Договор страхования может быть заключен на условиях:

3.4.1. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Амбулаторная помощь»);

3.4.2. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Личный врач»);

3.4.3. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в терапевтическом стационаре, лечебно-восстановительной терапии в отделениях реабилитации или санаторно-курортных условиях (программа «Терапевтический стационар»);

3.4.4. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих медицинскую помощь в стационаре с возможностью проведения Застрахованному лицу хирургической операции в связи с болезнью, родами или в результате несчастного случая, лечебно-восстановительной терапии в отделениях реабилитации или санаторно-курортных условиях (программа «Хирургический стационар»);

3.4.5. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь (программа «Стоматологическая помощь»);

3.4.6. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих скорую медицинскую помощь (программа «Скорая медицинская помощь»);

3.4.7. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, медицинскую помощь в терапевтическом, хирургическом стационаре, стоматологическую помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь («Комплексная программа»);

3.4.8. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Лекарственное обеспечение»);

3.4.9. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих акушерскую помощь (программа «Дородовое наблюдение беременных женщин»);

3.4.10. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих акушерскую помощь (программа «Оказание акушерской помощи»);

3.4.11. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, оказывающих акушерскую помощь (программа «Индивидуальное ведение родов»);

3.4.12. Гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в Медицинских учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях (программа «Восстановление и реабилитация»).

3.5. Перечень медицинских услуг по договору страхования может ограничиваться или расширяться (в рамках настоящих Правил страхования и Приложений к ним и/или, не противореча действующему законодательству) по индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком.

3.6. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в Медицинских учреждениях по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

При заключении договора страхования на условиях п. 1.8.3 Страховщик принимает обязательство организовать и оплатить лекарственные средства, назначенные врачом при амбулаторном лечении в аптечных учреждениях, указанных в договоре страхования.

Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых Медицинскими учреждениями в Российской Федерации и за рубежом. При этом организация оказания медицинских услуг в зарубежных Медицинских учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными Медицинскими учреждениями, так и через российские Медицинские учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у Медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности.

Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованному лицу медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других Медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинским учреждением.

#### **IV. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ**

4.1. Страховщик не оплачивает медицинские расходы Застрахованных лиц, в том числе лекарственные, если эти медицинские услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования.

4.2. Не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием случаи обращения в Медицинское учреждение за медицинской помощью по причинам:

- полученного травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- полученного травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- полученных травм при покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство);
- применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

- коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

- лечения алкоголизма, токсикомании или наркомании;

- лечения венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии.

4.3. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

- гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

- стихийными бедствиями.

4.4. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, медицинские услуги и лекарственные препараты, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица, как необходимые и разумные меры, а также не определены договором страхования.

## **V. СТРАХОВАЯ СУММА**

5.1. Страховой суммой (лимитом страховой ответственности) является предельный уровень страхового обеспечения, определяемого договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг.

5.2. Страховая сумма устанавливается в зависимости от определенных договором условий страхования, перечня видов медицинской, лекарственной помощи и медицинских услуг, перечня Медицинских учреждений, предусмотренных договором, возрастом Застрахованного лица, срока действия договора страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования.

5.3. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованных лиц в Медицинских учреждениях в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы по договору.

5.4. Страхователь вправе, в период действия договора страхования, по согласованию со Страховщиком изменить программу страхования и перечень Медицинских (аптечных) учреждений, оказывающих медицинские услуги и лекарственную помощь.

На условиях настоящих Правил к первоначальному договору страхования в письменной форме оформляется дополнительное соглашение, с указанием условий внесения изменений и соответствующим перерасчетом страховой суммы за не истекший срок действия договора страхования.

5.5. При превышении стоимости медицинских услуг размера страховой суммы, медицинская помощь оказывается за счет средств Страхователя, при этом Страхователь и Страховщик заключают дополнительное соглашение и Страхователь оплачивает услуги по тарифам Страховщика.

5.6. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховой ответственности по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных лиц и т.п.

5.7. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза - условная или безусловная - в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) либо от суммы выплаты. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени, в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа (применения поправочных коэффициентов, предусмотренных в настоящих Правилах), кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия риска на страхование.

## **VI. СТРАХОВОЙ ВЗНОС (СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ)**

6.1. Страховым взносом (страховой премией) является плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

6.2. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком в соответствии с разработанными им и согласованными с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью РФ тарифами, определяющими величину страховой премии, в зависимости от условий страхования, выбранной Страхователем программы медицинской страхования, уровня страхового обеспечения по договору страхования, срока страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования. (Приложение 1, 2 к настоящим Правилам).

При заключении договора страхования на основных и дополнительных условиях размер страховой премии определяется путем суммирования премий по основным и дополнительным условиям.

6.3. Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие от 1,01 до 3,5 или понижающие от 0,99 до 0,3 коэффициенты, исходя из возраста Застрахованного лица, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных его медицинских документов, сроков страхования, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска:

а) при индивидуальном страховании для лиц, нуждающихся в посторонней помощи, имеющих хронические заболевания, инвалидов и лиц предпенсионного возраста;



б) при коллективном страховании:

- при наличии на предприятии (организации) работающих лиц предпенсионного возраста в количестве более чем 50 процентов;

- при особо вредных условиях работы на производстве.

6.4. При установлении у Застрахованного лица факторов риска по результатам предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, Страховщик вправе присвоить Застрахованному лицу соответствующую группу риска и использовать повышающие коэффициенты к тарифным ставкам:

коэффициент 1,0 применяется к практически здоровым лицам 15-40 лет, без отягощенной наследственности, имеющим в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендициты, грыжу, не имеющих хронических заболеваний и высокого риска их развития; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающим на производстве с вредными условиями труда;

коэффициент 1,5 применяется к практически здоровым лицам 5-55 лет, с повышенным риском развития заболеваний, при отягощенной наследственности по диабету, сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям, почечно-желчнокаменной болезням, психическим заболеваниям и т.д. При наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы, осложненных детских болезней, не имеющих хронических заболеваний, но имеющих высокий риск их развития; злоупотреблении алкоголем, курением и др.; для работавших или работающих на производстве с вредными условиями труда, для женщин в репродуктивном периоде;

коэффициент 2,0 применяется к практически здоровым лицам в возрасте от 1 года до 5 лет и лицам старше 60 лет; к лицам, имеющим хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, лицам, имеющим вредные привычки, страдающим выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью 1 и 2 степени, ИБС без выраженной стенокардии, ДЭ -1,2 степени, перенесшим полостные операции;

коэффициент 2,5 применяется к практически здоровым лицам в возрасте от рождения до 1 года, лицам старше 70 лет, а так же имеющих установленный диагноз хронического заболевания (или нескольких заболеваний) часто рецидивирующего (прогрессирующего течения), с большим риском хирургического лечения, гипертонической болезнью 3 степени, ИБС с выраженной стенокардией, ДЭ — 3 степени и т.д.

6.5. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг (если договор был заключен не на условиях "полной страховой ответственности"), что привело к повышению лимита ответственности, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос страховой премии (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению за неистекший период действия договора величины страховой суммы и - при расширении перечня медицинских услуг - объема ответственности.

6.6. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными деньгами через кассу Страховщика при подписании договора страхования;

- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной уплаты в течение 5 банковских дней со дня подписания договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

Днем уплаты страховой премии при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

6.7. Страховая премия может быть уплачена единовременно за весь срок страхования, или периодически в течение срока страхования. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

В случае неуплаты очередного страхового взноса, в оговоренные договором страхования сроки, действие договора прекращается (если иное не предусмотрено договором страхования), в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством.

6.8. При страховании на срок менее одного года страховой взнос уплачивается в следующем проценте от величины годовой страховой премии (срок страхования приводится в месяцах):

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от общего годового размера страховой премии										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

6.9. При страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;

- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально целым месяцам последнего страхового периода.

## VII. СРОК СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается:

- на один год;
- на определенный срок в месяцах.

7.2. При страховании на определенный срок неполный месяц принимается как целый.

## VIII. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

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

- а) о Застрахованном лице;
- б) о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);
- в) о программе страхования и перечне медицинских (аптечных) учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованному лицу;
- г) о размере страховой суммы;
- д) о сроке действия договора.

8.2. Договором страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), о страховании которого заключен договор, с Медицинским учреждением, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

8.3. Договор страхования заключается в письменном виде, в двух экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Страховщика и для Страхователя. (Приложение 3 к настоящим Правилам)

8.4. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, программами страхования.

8.5. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением (Приложение 4 к настоящим Правилам) и сообщает следующие сведения:

- а) при индивидуальном страховании:
  - фамилия, имя, отчество Страхователя;

- данные паспорта Страхователя;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- год рождения или возраст Застрахованного лица;
- пол Застрахованного лица;
- условия страхования (наименование медицинской программы);
- срок страхования;
- иные сведения, позволяющие судить о степени риска;

б) при коллективном страховании:

- наименование Страхователя;
- юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- условия страхования (в том числе особые условия);
- программы медицинского страхования;
- срок страхования;
- количество Застрахованных лиц;
- иные сведения, позволяющие судить о степени риска.

При коллективном страховании к заявлению должен быть приложен список Застрахованных лиц с указанием: с указанием фамилии, имени, отчества каждого, возраста (дата рождения).

8.6. Страховщик перед заключением договора страхования имеет право потребовать заполнения медицинских (ои) анкет (ы) или проведения предварительного медицинского освидетельствования Застрахованных (ого) за счет Страхователя.

Страховщик принимает решение о заключении договора страхования не позднее 5 дней со дня получения заявления от Страхователя или не позднее 5 дней после прохождения медицинского освидетельствования.

8.7. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа, либо вручения Страхователю Страхового Полиса, с приложением Правил и программы страхования. (Приложение 5 к настоящим Правилам).

Приложением к страховому полису (Приложение 6 к настоящим Правилам) является выписка из правил.

8.8. Данные о Страхователе и отметка, об ознакомлении Страхователя с Правилами должны быть подтверждены подписью Страхователя или - при коллективном страховании - его представителя.

8.9. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее перечисления первого (единовременного) взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика при безналичной уплате или уплате через кассу Страховщика при уплате наличными деньгами, если условиями договора не предусмотрено иное.

8.10. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора начинается в 00 часов следующего дня даты поступления страхового взноса на счет Страховщика.

8.11. При уплате страховой премии в наличной форме действие договора начинается в 00 часов дня, следующего за днем уплаты страхового взноса в кассу Страховщика.

8.12. При коллективном страховании к договору прилагается список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества каждого, возраста, паспортных данных. Список заверяется подписью ответственного лица и печатью, составляется в двух экземплярах, один экземпляр - для Страховщика, другой - для Страхователя.

8.13. При коллективном страховании Страховщик выдает Застрахованным лицам страховые полисы или страховые карточки в течение 5 дней после начала действия договора.

8.14. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса или страховой карточки он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые.

8.15. При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

## **IX. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА**

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, не сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска.

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

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

## **X. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ**

10.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает после вступления его в силу.

10.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в Медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного лица в Медицинское учреждение предъявляется страховая полис или страховая карточка, выданные Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

При обращении Застрахованного лица (его представителя) в аптечное учреждение предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом Медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

В случае необходимости Застрахованное лицо обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

## **XI. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

11.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские услуги по страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь Страхователю (Застрахованному лицу).

11.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Медицинскими (аптечными) учреждениями производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинским (аптечным) учреждением.

11.3. Перечисление производится либо авансировано, либо после получения от Медицинского учреждения счета или счета-фактуры с указанием сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за отчетный период по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной договором страхования. Страховщик анализирует полученные счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню страховых услуг, за которые он несет ответственность в рамках медицинской программы и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

Перечисление денежных средств на счет аптечного учреждения осуществляется Страховщиком после получения от аптечного учреждения реестра на оплату лекарственных средств, с приложением копий рецептов. В реестре указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, фамилия врача, выписавшего рецепт.

11.4. Из страхового покрытия исключаются расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в Медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договора об оказании медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т.д.

## **XII. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

12.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение при:

- получении травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- получении травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительство).

В этом случае Медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, вправе потребовать

от Страхователя (Застрахованного лица) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованное лицо) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты решения экспертной комиссии в кассу (на счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

## **XIII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

13.1. Права и обязанности Страховщика.

13.1.1 Страховщик обязан:

а) выдать страховой полис или страховую карточку с приложением настоящих Правил в установленный срок;

б) не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

в) организовать предоставление Застрахованному лицу медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг, предусмотренных условиями договора страхования;

г) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных лиц;

в) для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями, в которые должны быть включены следующие условия:

- перечень медицинских услуг с указанием стоимости;

- наименование площадей (кабинетов, палат и т.д.), необходимых для получения медицинской помощи;

- описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с Медицинским учреждением и Медицинского учреждения с Застрахованным лицом;

- сроки договора;

- сроки предоставления Медицинским учреждением счетов-фактур по оказанным медицинским услугам Страховщику;

- сроки оплаты Страховщиком счетов-фактур;

- порядок разрешения споров.

13.1.2 Страховщик имеет право:

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

б) досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

в) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса;

г) установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору в зависимости от медицинской программы;

д) проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных отказать Страхователю в заключение договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу. Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

е) при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;

и) в случае нарушения Медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной полисом, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги) в соответствии с законодательством частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

13.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

13.2.1 Страхователь обязан:

а) своевременно уплачивать страховую премию;

б) при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки степени страхового риска;

в) во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы/карточки, действие которых прекращается с момента прекращения страхования.

13.2.2 Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой;

б) расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком, уплатив дополнительную страховую премию, определенную Страховщиком;

в) расширить список застрахованных лиц, предоставив сведения, предусмотренные в п. 8.5., и оплатив за них дополнительную страховую премию, определяемую Страховщиком;

г) в случае увольнения застрахованного работника Страхователь вправе исключить его из списка застрахованных и заменить другим. Если исключаемый сотрудник из списка застрахованных в период действия договора страхования не пользовался медицинскими услугами, сумма индивидуального страхового взноса, за вычетом расходов на ведение дела, учитывается при переоформлении договора;

д) все изменения условий договора оформляется в виде дополнительного соглашения;

е) досрочно расторгнуть договор страхования.

13.3. Права и обязанности Застрахованного лица по договору страхования.

13.3.1 Застрахованное лицо имеет право:

а) на получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в Медицинских (аптечных) учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

б) требовать от Страховщика соблюдения условий договора страхования;

в) сообщать Страховщику о случаях непредоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;

г) на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

13.3.2 Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

б) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат взносов страховой премии в этом случае производится за истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

13.4. В случае изменения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно Застрахованных лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за целый.

13.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лицах и включаемых в него.

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

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

#### **XIV. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

14.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);

- смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

- ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

- признания договора страхования не действительным по решению суда;

- по соглашению сторон. О намерении досрочного расторжения договора сторона — инициатор расторжения обязана уведомить в письменном виде другую сторону не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения, если договором не предусмотрено иное;

- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

14.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации с письменным уведомлением другой стороны не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не определено иное.

14.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка застрахованных (с согласия Застрахованных лиц) до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

14.4. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему за не истекший срок договора уплаченную страховую премию за вычетом понесенных Страховщиком расходов. Если требование Страхователя обосновано нарушением Страховщиком условий страхования, страховые взносы возвращаются в полном объеме, если договором страхования не определено иное.

14.5. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика страховые взносы, уплаченные Страхователем, возвращаются ему полностью. Если требование Страховщика обосновано нарушением Страхователем условий страхования, Страховщик возвращает ему за не истекший срок договора уплаченную страховую премию за вычетом понесенных Страховщиком расходов, если договором страхования не определено иное.

14.6. При досрочном прекращении договора страхования в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списков застрахованных в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на возмещение своих расходов на ведение дела, в соответствии со структурой тарифных ставок, и на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

14.7. Во всех случаях досрочного прекращения договора Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис, страховые карточки и пропуска в Медицинские учреждения, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

## **XV. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

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

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

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

## **XVI. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

16.1. Изменение договора страхования возможно по соглашению сторон, если иное не предусмотрено договором страхования, при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора страхования.

Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.



16.2. Соглашение об изменении или о расторжении договора страхования совершается в той же форме, что и договор страхования, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное,

16.3. При изменении договора страхования обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

16.4. В случае изменения договора страхования обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении или о расторжении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора страхования.

## **XVII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

17.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

17.2. В случае если медицинские услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования, и Страховщик на этом основании не оплатил медицинские расходы Застрахованных лиц, решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения. Медицинское учреждение вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного лица) стоимость оказанных медицинских услуг, а Страхователь (Застрахованное лицо) обязан внести указанную сумму в кассу (на счет) Медицинского учреждения в течение одного месяца с момента решения экспертной комиссии.

При несогласии Застрахованного лица с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

17.3. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке.

17.4. Право на предъявление претензий к Страховщику на оплату медицинских расходов по договору сохраняется в течение трех лет с момента наступления страхового события, с которым связывается требование о выплате.

## Приложение 1

к Правилам добровольного  
медицинского страхования

### ТАРИФЫ по добровольному медицинскому страхованию

#### 1. Базовые тарифы по коллективной и индивидуальной форме страхования:

Программа страхования	Тариф (в %)
Амбулаторная помощь	58,838
Личный врач	51,898
Терапевтический стационар	25,638
Хирургический стационар	23,866
Стоматологическая помощь	56,943
Скорая медицинская помощь	28,933
Комплексная медицинская помощь	77,040
Лекарственное обеспечение	81,381
Дородовое наблюдение женщин	45,679
Оказание акушерской помощи	53,693
Индивидуальное ведение родов	61,707
Восстановление реабилитации	67,164

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие от 1,01 до 3.5 или понижающие от 0,99 до 0.3 коэффициенты, исходя из возраста Застрахованного лица, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных его медицинских документов, сроков страхования, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

#### 2. Тарифы по дополнительным условиям страхования:

Программа страхования	Тарифы в % от страховой суммы			
	Со скорой помощью	С восстановительным и реабилитационным лечением	С лекарственным обеспечением	С учетом стоматологического лечения
1. Амбулаторная помощь	65,83	84,13	75,60	81,05
2. Личный врач	60,62	79,97	71,44	76,19
2. Терапевтический стационар	40,93	64,21	-----	57,81
3. Хирургический стационар	39,60	63,15	-----	56,57
4. Комплексная медицинская помощь	79,48	95,05	86,52	-----

Примечание:

При изменении цен на структурные составляющие стоимости медицинских услуг, гарантированных программами медицинского страхования, тарифы также могут быть изменены, о чем Страхователь уведомляется Страховщиком за месяц до предполагаемого введения новых цен.

При этом Страхователь должен уплатить дополнительный взнос страховой премии за не истекший срок страхования (с момента повышения цен).

При отказе Страхователя от уплаты дополнительного взноса Страховщик вправе досрочно прекратить договор страхования, вернув Страхователю часть взноса за период, оставшийся до окончания действия договора с момента введения новых расценок на медицинские услуги.

**ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

**Амбулаторная помощь**

**Личный врач**

**Терапевтический стационар**

**Хирургический стационар**

**Стоматологическая помощь**

**Скорая медицинская помощь**

**Комплексная медицинская помощь**

**Лекарственное обеспечение**

**Дородовое наблюдение женщин**

**Оказание акушерской помощи**

**Индивидуальное ведение родов**

**Восстановление-Реабилитация**

## ПРОГРАММА №1

### Добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»

#### 1. Общие положения.

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» ООО «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и на дому в лечебном учреждении, выбранном Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

#### 2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и, иной помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг, а именно:

- возможность записи на прием к врачу по телефону на удобное для Застрахованного время, из предложенного медрегистратором;

- амбулаторный прием специалистами, консультации, лабораторные и инструментальные исследования - в заранее назначенное, удобное для Застрахованного время, по возможности - вне общей очереди (с учетом режима работы Учреждения);

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;

- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) специальных методик лучевой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, функциональных методик диагностики, использования холтеровского мониторинга, современных эндоскопических методик, исследования гормонов, определения иммунного состояния организма;

- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;

- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;

- проведение профилактических прививок по согласованию с Застрахованным;

- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявлении:

- терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, и заболевания любой формы СПИДа в любой его стадии;

- всех форм туберкулеза.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

- в связи с оплатой услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда её применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в одно из базовых медицинских учреждений самостоятельно, либо в службу Страховщика по телефону.

При обращении в поликлинику Застрахованный должен предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования или страховую карточку, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного в базовое медицинское учреждение он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовое медицинское учреждение может быть заменено по желанию Застрахованного, о чём он должен заранее уведомить представителя Страховщика.

При отсутствии в данном лечебном учреждении необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному осуществляют консультации и исследования в другом лечебном учреждении из числа сотрудничающих со Страховщиком по согласованию.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

### 4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

## ПРОГРАММА № 2

### Добровольного медицинского страхования «Личный врач»

#### 1. Общие положения.

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» ООО «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, которая может оказываться по соглашению со Страхователем (Застрахованным), в следующих формах:

«Личный врач» - все услуги оказываются на дому или по месту работы Застрахованного;

«Корпоративный врач» - все услуги оказываются по месту работы Застрахованного;

«Семейный врач» - обслуживаются все застрахованные члены семьи;

«Врач на дом» - все услуги оказываются только на дому.

2. Страховой случай. Страховым случаем является обращение Застрахованного в Медицинское учреждение в период развития острых и обострения хронических заболеваний на дому, на работе, в кабинете врача, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг, а именно:

- наблюдение и лечение Застрахованного в период развития острых и обострения хронических заболеваний и других состояниях на дому, на работе, в кабинете врача, консультаций по телефону;

- ведение медицинской документации, выдачу листов нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных;

- направление на консультации специалистов и диагностические исследования;

- организацию и контроль медицинской помощи Медицинском учреждении.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявленных:

- терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, и заболевания любой формы СПИДа в любой его стадии;

- всех форм туберкулеза.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

- в связи с оплатой услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в базовое Медицинское учреждение к личному лечащему врачу самостоятельно,

При первоначальном обращении Застрахованный должен предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования или страховую карточку, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного в базовое Медицинское учреждение он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовое медицинское учреждение равно как и личный лечащий врач могут быть заменены по желанию Застрахованного, о чём он должен заранее уведомить представителя Страховщика.

### 4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).



**ПРОГРАММА № 3****Добровольного медицинского страхования, по предоставлению медицинской помощи в условиях терапевтического стационара «Терапевтический стационар»****1. Общие положения.**

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости лечения Застрахованного в условиях стационара терапевтического профиля.

**2. Страховой случай.**

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении по поводу терапевтических заболеваний в отделениях: терапевтическом, нефрологическом, пульмонологическом, кардиологическом, эндокринологическом, неврологическом, гастроэнтерологическом, инфекционном с целью:

- расширенного объема диагностического обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, современных эндоскопических методик, холтеровского мониторирования, чрезнащеводной электрокардиографии;
- расширенного объема лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, гемосорбцию, УФО крови и плазмаферез, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию.

Застрахованному по Программе «Терапевтический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания на койке (включая питание и медикаментозное лечение) в медицинском учреждении;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость услуг, связанных с оказанием первой медицинской помощи;
- предоставление места в стационаре в двухместной палате;

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

- при выявлении терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, заболевания СПИДом;
- при выявлении всех форм туберкулеза.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

в связи с оплатой услуг препаратов, лечения, которые не были рекомендованы письменно засвидетельствованы уполномоченным, представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

Плановая госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления лечащего врача базового амбулаторного лечебного учреждения;
- направления Страховщика;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования или страховой карточки;
- паспорта или иного удостоверения личности;

- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение \_\_ дней в плановом порядке, а по показаниям — в день обращения;
- размещение в двухместной палате;

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

### 4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

**ПРОГРАММА № 4****Добровольного медицинского страхования, по предоставлению медицинской помощи в условиях хирургического стационара «Хирургический стационар»****1. Общие положения.**

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости лечения Застрахованного в условиях стационара хирургического профиля.

**2. Страховой случай.**

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при заболевании, травме, отравлении за получением медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении по поводу хирургических заболеваний в отделениях: абдоминальной, торакальной, сосудистой хирургии, гинекологическом, урологическом, ЛОР, офтальмологическом, хирургическом с целью:

- госпитализации в указанные отделения с целью обследования (проведения инвазивных диагностических процедур);
- расширенного объема диагностического обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, современных эндоскопических методик;

Застрахованному по Программе "Хирургический стационар" гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания на койке (включая питание и медикаментозное лечение) в медицинском учреждении;
- стоимость консультаций врачей-специалистов;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость услуг, связанных с оказанием первой медицинской помощи;
- стоимость лабораторной диагностики и лечения;
- стоимость инструментальной диагностики;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре в двухместной палате;

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- терминальных онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваний, а также заболевания СПИДом;

- всех форм туберкулеза;
  - необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;
  - сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей.
- Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:
- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
  - в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
  - в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
  - в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

Плановая госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления лечащего врача базового амбулаторного лечебного учреждения;
- направления Страховщика;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования или страховой карточки;
- паспорта или иного удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение \_\_\_ дней в плановом порядке, а по показаниям — в день обращения;
- размещение в двухместной палате;

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

### 4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

**ПРОГРАММА № 5****Добровольного медицинского страхования, гарантирующая предоставление стоматологической помощи «Стоматологическая помощь»****1. Общие положения.**

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами. В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости обращения Застрахованного к стоматологу.

**2. Страховой случай.**

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение за получением медицинской помощи.

В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранном медицинском учреждении включаются:

- первичный, повторный и консультативный прием стоматолога;
- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- анестезию;
- рентген, включая рентгеновиографию и компьютерную томографию;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и наложение пломб, в том числе с применением импортных композитных материалов;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным обезболиванием и наркозом).

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с зубопротезированием.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

При наступлении заболевания Застрахованный обращается в одно из базовых медицинских учреждений самостоятельно, либо через службу Страховщика по телефону.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному рекомендации по выбору определенного медицинского учреждения, которое будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного.

При обращении в поликлинику Застрахованный должен предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования или страховую карточку, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного в базовое медицинское учреждение он прикрепляется к нему на весь период действия договора.

Базовое медицинское учреждение может быть заменено по желанию Застрахованного, о чем он должен заранее уведомить Страховщика.

### 4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей программе, не может превышать лимит страховой ответственности ( страховую сумму ).

**ПРОГРАММА № 6****Добровольного медицинского страхования «Скорая медицинская помощь»**

## 1. Общие положения.

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой на дому или по месту нахождения Застрахованного, лечебным учреждением, выбранным Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

## 2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях требующих скорой и неотложной медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг, а именно:

- возможность круглосуточного обращения за медицинской помощью по телефонам;
- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП в пределах и за пределами МКАД;
- строгое ограничение времени доездки санитарного транспорта с учетом местонахождения Застрахованного;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;
- купирование неотложного состояния;
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;
- лечение синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи, квалифицированными специалистами;
- вызов автомобиля СМП для транспортировки Застрахованного в или из медицинского учреждения.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявлении:

- терминальных онкологических; психических, венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;
- всех форм туберкулеза.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы или письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

- в случае получения медицинской помощи и медицинских услуг по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в одно из базовых медицинских учреждений самостоятельно, либо в службу Страховщика по телефону.

При обращении в учреждение для вызова бригады скорой медицинской помощи Застрахованный должен предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования или страховую карточку, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

### 4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).



**ПРОГРАММА №7****Добровольного медицинского страхования, гарантирующая предоставление медицинской помощи в условиях поликлиники, терапевтического и хирургического стационаров, стоматологическую помощь. «Комплексная программа»****1. Общие положения.**

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, стоматологическую помощь.

**2. Страховой случай.**

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, а именно, консультативной, лечебной, профилактической, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, помощь на дому, стоматологическая помощь.

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- возможность записи на прием к врачу по телефону на удобное для Застрахованного время, из предложенного медрегистратором;
- амбулаторный прием специалистами, консультации, лабораторные и инструментальные исследования - в заранее назначенное, удобное для Застрахованного время, по возможности - вне общей очереди (с учетом режима работы Учреждения);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) специальных методик лучевой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, функциональных методик диагностики, использования холтеровского мониторинга, современных эндоскопических методик, исследования гормонов, определения иммунного состояния организма;
- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.

Лечение в стационарных условиях.

Госпитализация в терапевтические отделения (нефрологическое, пульмонологическое, кардиологическое, эндокринологическое, неврологическое, гастроэнтерологическое, инфекционное) с целью обследования и лечения;

- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, современных эндоскопических методик, холтеровского мониторинга, чрезпищеводной электрокардиографии;

- расширенный объем лечебной помощи, включая все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию.

Застрахованному по Программе «Терапевтический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания на койке (включая питание и медикаментозное лечение) в медицинском учреждении;

- стоимость медицинского обслуживания;

- стоимость услуг, связанных с оказанием первой медицинской помощи;

- предоставление места в стационаре в двухместной палате.

Госпитализация в отделения хирургического профиля с целью обследования (проведения инвазивных диагностических процедур);

- расширенный объем диагностического обследования (по показаниям);

- расширенный объем лечебной помощи, включая традиционные хирургические методики, а также лазерную хирургию, проведение оперативного пособия с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, лапароскопические и эндоскопические операции).

Застрахованному по Программе "Хирургический стационар" гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания на койке (включая питание и медикаментозное лечение) в медицинском учреждении;

- стоимость медицинского обслуживания;

- стоимость услуг, связанных с оказанием первой медицинской помощи;

- стоимость хирургической помощи;

- стоимость анестезии;

- стоимость оперативного вмешательства;

- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;

- предоставление места в стационаре в двухместной палате.

Стоматологическая помощь:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;

- лечение воспалительных заболеваний полости рта;

- терапевтическое лечение кариеса и наложение пломб с применением импортных композитных материалов;

- хирургическое лечение (удаление зубов под местным обезболиванием и наркозом).

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с зубопротезированием.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- терминальных онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваний, а также заболевания СПИДом;

- выявлении всех форм туберкулеза;
- необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;
- сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз, очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

При наступлении заболевания Застрахованный обращается в одно из базовых медицинских учреждений самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному рекомендации по выбору определенного медицинского учреждения, которое будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного.

При обращении в поликлинику Застрахованный должен предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования или страховую карточку, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного в базовое медицинское учреждение он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовое медицинское учреждение может быть заменено по желанию Застрахованного, о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

Плановая госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления лечащего врача базового амбулаторного лечебного учреждения;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования или страховой карточки;
- паспорта или иного удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение по показаниям — в день обращения;
- размещение в двухместной палате;

При отсутствии в данном лечебном учреждении необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному осуществляются консультации и исследования в другом лечебном учреждении из числа сотрудничающих со Страховщиком.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

#### 4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

## **ПРОГРАММА № 8**

### **Добровольного медицинского страхования «Лекарственное обеспечение»**

#### **1. Общие положения.**

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и предусматривает:

-организацию обеспечения и оплату лекарственных средств Застрахованным лицам (далее Застрахованные);

-порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует специализированную медицинскую помощь по организации обеспечения и оплате лекарственных средств, оказываемую только в амбулаторных условиях и на дому в Медицинском учреждении, выбранном Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

Программа «Лекарственное обеспечение» предоставляется только в сочетании с программами «Амбулаторная помощь» или «Личный врач», либо «Комплексная медицинская помощь»

#### **2. Страховой случай.**

Страховым случаем является обращение Застрахованного в Медицинское учреждение при заболевании, обострении хронического заболевания, других состояниях, требующих применения лекарственных средств.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг, а именно:

- поиск лекарственных средств в аптечных учреждениях, назначенных врачом медицинского учреждения;

- оплата аптечным учреждениям расходов за лекарственные средства по рецепту врача медицинского учреждения, за исключением льготных рецептов;

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, стоимость лекарственных средств полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

#### **3. Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.**

При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в базовое медицинское учреждение самостоятельно.

При обращении в поликлинику Застрахованный должен предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования или страховую карточку, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного в базовое медицинское учреждение он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовое медицинское учреждение может быть заменено по желанию Застрахованного, о чём он должен заранее уведомить представителя Страховщика.

#### **4. Страховая сумма.**

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

**ПРОГРАММА №9****Добровольного медицинского страхования, гарантирующая предоставление медицинской помощи в условиях перинатального центра «Дородовое наблюдение беременных женщин».**

## 1. Общие положения.

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанного медицинского учреждения.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и/или медицинское учреждение.

6. Программа индивидуального ведения беременности предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения женщин при заключении Договора на любом сроке беременности.

6.1. На Протяжении действия Договора беременной женщине гарантировано оказание следующих медицинских услуг:

- проведение консультаций индивидуального врача акушера-гинеколога;
- осмотры врачами — специалистами (терапевтом, стоматологом, окулистом, отоларингологом, хирургом);
- проведение целого комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий;
- госпитализацию по медицинским показаниям и лечение в акушерско-гинекологическом отделении стационара;
- экстренную госпитализацию при преждевременном начале родовой деятельности

Комплекс обследования и терапевтической помощи в случае возникновения экстрагенитальной патологии осуществляется на базе поликлиник Страховщика в полном объеме, в соответствии с назначениями врача.

Комплексное амбулаторно-поликлиническое обслуживание включает:

- проведение консультации, обследование и лечение в амбулаторных условиях с привлечением врачей-специалистов различных профилей по согласованию с врачом-терапевтом.

Настоящей Программой не предусмотрено оказание медицинской помощи в случаях:

- выявления заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного или иного облучения,
- профессиональных заболеваний,

- онкологических заболеваний,
- неотложных состояний, являющихся компетенцией служб «скорой помощи»,
- выявления венерических заболеваний,
- травм всех видов.

Настоящей программой не предусмотрено оказание медицинской помощи на дому.

7. Страховщик организует и финансирует предоставление услуг скорой медицинской помощи с транспортировкой Застрахованной в лечебное учреждение по медицинским показаниям.

Вызов бригады осуществляется круглосуточно через диспетчерскую службу СМП по телефону.

При необходимости проведения стационарного лечения беременной, связанного с акушерской патологией, Страховщик организует и финансирует госпитализацию Застрахованной в профильное медицинское учреждение.

Ответственность Страховщика составляет:

- организация и финансирование пребывания в стационаре;
- организация и финансирование медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций в течение всего времени пребывания в стационаре.

8. Страхователь (Застрахованный) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в Москве в установленном порядке, вправе получить медицинскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных настоящим Договором.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

9.Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

**ПРОГРАММА №10****Добровольного медицинского страхования, гарантирующая предоставление медицинской помощи на базе родильного дома «Акушерская помощь».****1. Общие положения.**

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре -врачебного персонала указанного медицинского учреждения.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и/или медицинское учреждение.

6. Медицинские услуги, предоставляемые в стационаре клиники:

6.1. Госпитализация Застрахованного при начале родовых схваток, а также при экстренной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод или появлением кровяных выделений.

6.2. Плановая госпитализация осуществляется по медицинским показаниям, при наличии направления лечащего врача акушера - гинеколога. Ответственность Страховщика составляет:

- организация и финансирование пребывания в стационаре в дородовом периоде;

- организация и финансирование медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций в течение всего времени пребывания в стационаре.

7. Настоящая Программа не предусматривает предоставление следующих услуг:

- применение средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ, в т.ч. применяемых за рубежом,

- привлечение медицинского персонала из медицинских учреждений, с которыми страховщик не имеет договорных отношений и которые не указаны в настоящем Договоре.

8. После родов Страховщик обязуется обеспечить размещение Застрахованного в 2-х местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам.

9.Застрахованный обязан:

- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом,

- выполнять указания о необходимом курсе лечения,



- не поднимать тяжести, не употреблять алкоголь, наркотики,

- прибыть на госпитализацию в вышеуказанное медицинское учреждение согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: личный паспорт, обменную карту Страховщика или женской консультации по месту жительства, страховой медицинский полис.

9.1. О нарушениях Застрахованным санитарного режима производится соответствующая запись в истории родов.

10. Стороны признают, что к обстоятельствам непреодолимой силы, кроме общепринятых: наводнения, землетрясения, военных действий, эпидемии и т.п., относятся такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

11. При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения.

12. Страхователь (Застрахованный) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в г. Москве в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных настоящим Договором.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

13. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

**ПРОГРАММА №11****Добровольного медицинского страхования, гарантирующая предоставление медицинской помощи на базе родильного дома «Индивидуальное ведение родов».**

## 1. Общие положения.

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные);

- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения

4. Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре -врачебного персонала указанного медицинского учреждения.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и/или медицинское учреждение.

6. Медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности:

6.1 Наблюдение и лечение акушером-гинекологом.

6.2 Консультации врачей специалистов: терапевта, отоларинголога, офтальмолога, нефролога, психоневролога, врача ЛФК.

6.3 Лабораторная диагностика.

6.4 Инструментальная диагностика, ультразвуковые исследования.

6.5. При выявлении у Застрахованного специфических, хронических очагов инфекции вопрос о возможности проведения родов решается в индивидуальном порядке.

7. Медицинские услуги, предоставляемые в стационаре:

7.1 Госпитализация и лечение в акушерско-гинекологическом отделении стационара при возникновении осложнений беременности.

7.2 Экстренная госпитализация при начале родовой деятельности или преждевременном отхождении околоплодных вод.

7.3 Пребывание на койке в родильном доме (включая питание и лекарственное обеспечение).

7.4 Ведение родов специализированной бригадой (акушер-гинеколог, анестезиолог, педиатр, акушерка).

7.5 Обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний.

7.6 Хирургические и акушерско-гинекологические операции по медицинским показаниям.

8. Настоящая Программа не предусматривает предоставление следующих услуг:

- применение средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ, в т.ч. применяемых за рубежом,

- привлечение медицинского персонала из медицинских учреждений, с которыми Страховщик не имеет договорных отношений и которые не указаны в настоящем Договоре.

9. Страховщик обязуется обеспечить размещение Застрахованного в 1-2 местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам.

10. Застрахованный обязан:

- систематически по указанию лечащего врача проходить осмотры;
- по показаниям проходить лабораторно-диагностические обследования;
- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом;
- выполнять указания о необходимом курсе лечения;
- прибыть на госпитализацию в вышеуказанное медицинское учреждение согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: личный паспорт, карту женской консультации по месту жительства, страховой медицинский полис или страховую карточку.

11. В течение 28 календарных дней после родов в случае возникновения у Застрахованного послеродовых осложнений Страховщик обязуется без дополнительной оплаты:

- провести консультацию специалиста в учреждении, где проходили роды,
- в случае рекомендации лечащего врача - госпитализировать Застрахованного в гинекологическое отделение.

12. Услуги по оказанию медицинской помощи новорожденному ребенку после выписки из стационара в настоящую Программу не входят.

13. Лечащий врач может быть заменен другим в случае:

- а) согласия Страхователя (Застрахованного).
- б) уважительной причины, т.е. невозможности выполнять врачебные функции в связи с болезнью или иными уважительными причинами.

14. Стороны признают, что к обстоятельствам непреодолимой силы, кроме общепринятых: наводнения, землетрясения, военных действий, эпидемии и т.п., относятся такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

15. При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в городские больницы, в составе которых имеются родильные отделения.

16. Страхователь (Застрахованный) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в г. Москве в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных настоящим Договором.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

17. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

**ПРОГРАММА № 12****Добровольного медицинского страхования, гарантирующая предоставление медицинской помощи в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях «Восстановление и реабилитация».****1. Общие положения.**

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» 000 «ПРОМИНСТРАХ» (далее Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет застрахованным лицам (далее Застрахованные);
- порядок обращения Застрахованных за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях.

**2. Страховой случай.**

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при заболевании, травме, отравлении за получением медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях в связи с восстановлением (реабилитацией) Застрахованного.

Медицинская восстановительная (реабилитационная) помощь:

**А) амбулаторного характера**

- возможность записи на прием к врачу по телефону на удобное для Застрахованного время, из предложенного медрегистратором;
- амбулаторный прием специалистами, консультации, лабораторные и инструментальные исследования — в удобное для Застрахованного время (с учетом режима работы Учреждения);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) специальных методик лучевой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, функциональных методик диагностики, использования холтеровского мониторирования, современных эндоскопических методик, исследования гормонов, определения иммунного состояния организма, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
- консультации врачей-специалистов на дому, по желанию застрахованного;
- противорецидивное и консультационное лечение;

**а) стационарного характера**

- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, современных эндоскопических методик, холтеровского мониторирования, чрезнащеводной электрокардиографии;

- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию;
- стоимость пребывания в медицинском учреждении;
- стоимость медицинского восстановительного (реабилитационного) обслуживания;
- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных хирургических вмешательств.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- психических, венерических заболеваний;
- выявлении всех форм туберкулеза;
- необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;
- сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей;

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были признаны врачом-экспертом Страховщика как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

### 3.Порядок обращения Застрахованных за медицинской помощью.

При наступлении необходимости восстановительного (реабилитационного лечения) после заболевания Застрахованный обращается в одно из учреждений лечебно-восстановительной терапии, в отделения реабилитации или санаторно-курортные учреждения — по показаниям врача, либо в службу Страховщика по телефону.

Врач-эксперт Страховщика может дать Застрахованному рекомендации по выбору определенного медицинского учреждения, которое будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного.

При обращении в учреждения лечебно-восстановительной терапии, в отделения реабилитации или санаторно-курортные учреждения Застрахованный должен предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования или страховую карточку, паспорт или иное удостоверение личности, а также любой документ, подтверждающий показания и направление врача для восстановительного (реабилитационного) лечения.

Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, адресуются в службу Страховщика по телефону.

### 4.Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

(В образец Договора могут быть внесены изменения, не противоречащие настоящим  
Правилам и Российскому законодательству)

ДОГОВОР №  
добровольного медицинского страхования

г. Москва "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «ПРОМИНСТРАХ» (лицензия на право проведения страховой деятельности № 3509  
Д от 23.04.2004г.), именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице Генерального директора  
\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с  
одной стороны, и \_\_\_\_\_ именуемое в  
дальнейшем Страхователь в лице \_\_\_\_\_,  
действующее на основании Устава, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет и общие условия договора

1.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ  
имущественные интересы Застрахованных по договору лиц, связанные с возмещением затрат по  
предоставлению медицинской помощи и медицинских услуг в объеме, предусмотренном  
настоящим договором.

1.2. Страховщик принимает на себя обязательства по организации, оплате и контролю  
качества медицинских услуг, оказываемых Застрахованным лицам при наступлении страхового  
случая.

1.3. Страховыми случаями признаются факты обращения Застрахованного в медицинское  
учреждение за получением консультативной, профилактической и иной медицинской помощи,  
предусмотренной Медицинской программой страхования, прилагаемой к настоящему договору  
и являющейся его неотъемлемой частью (Приложение 1).

1.4. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения договора составляет  
\_\_\_ человек. Список Застрахованных лиц является неотъемлемой частью  
настоящего договора (Приложение 2).

1.5. В период действия договора Страхователь имеет право вносить изменения в  
списочный состав Застрахованных лиц, о чем письменно уведомляет Страховщика. В случае  
превышения общей численности Застрахованных лиц, оговоренной в Договоре, Страхователь  
уплачивает дополнительный страховой взнос в размере, определяемым дополнительным  
соглашением к Договору.

2. Страховая сумма и страховые взносы

2.1. Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) руб.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, происшедшим за весь срок  
действия настоящего договора, не может превышать общей страховой суммы по настоящему  
договору.

2.2. Страховая премия по настоящему договору составляет  
(\_\_\_\_\_)руб.

2.3. Страховая премия уплачивается:

наличными деньгами /безналичным перечислением; одновременно / в 2 срока.

Первый взнос уплатить не позднее "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. в размере:

Второй взнос (при рассроченной уплате) внести не позднее "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. в размере:

### 3. Срок действия договора

3.1. Договор вступает в действие с " \_\_ " \_\_\_\_\_ г. по " \_\_ " \_\_\_\_\_ г. сроком на \_\_ месяцев.

3.2. Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (ее первого или единовременного страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

3.3. Факт вступления договора в силу удостоверяется выдачей каждому Застрахованному лицу страхового медицинского полиса установленного образца.

### 4. Условия прекращения договора

4.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

- Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон. О намерении досрочного расторжения договора сторона - инициатор расторжения обязана уведомить другую сторону не менее чем за 10 дней до предполагаемой даты расторжения;

- в других случаях, предусмотренных настоящим договором. Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему уплаченную страховую премию за не истекший срок договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

4.3. В случае прекращения договора по инициативе Страховщика при невыполнении Страхователем (Застрахованным) условий настоящего Договора, страховые взносы, уплаченные Страхователем, не возвращаются.

4.4. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, если страховой случай наступил вследствие:

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

### 5. Ответственность сторон

5.1. Страховщик обязан:

- выдать страховой полис установленного образца каждому Застрахованному лицу не позднее 5 рабочих дней после вступления договора в силу;

- не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

- для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями, указанными в Перечне медицинских учреждений.

5.2. Страховщик имеет право:

- отказать в оплате медицинских услуг, если эти медицинские услуги или медицинские учреждения не предусмотрены Медицинской программой;

- проверять достоверность сообщенной Страхователем (Застрахованным лицом) информации, а также выполнение условий настоящего договора;

5.3. Страхователь обязан:

- своевременно уплачивать страховую премию;
- при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
- предоставить в течение 5 рабочих дней после подписания договора список Застрахованных лиц, заверенный подписью руководителя и печатью в двух экземплярах;
- во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы.

#### 5.4. Страхователь имеет право:

- требовать предоставления Застрахованным лицам медицинских услуг в медицинских учреждениях, в объеме и на условиях, предусмотренных настоящим договором;
- досрочно расторгнуть договор страхования в порядке и на условиях, определенных в разделе 4 настоящего договора.

#### 5.5. Застрахованные лица имеют право:

- требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;
- сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

#### 5.6. Застрахованные лица обязаны:

- для получения временного пропуска в медицинское учреждение предъявить при первом посещении страховой полис и документы, удостоверяющие личность;
- соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;
- заботиться о сохранности пропусков в медицинское учреждение и страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;
- при утрате страхового полиса или пропуска в медицинское учреждение незамедлительно известить об этом соответственно Страховщика или медицинское учреждение.

### 6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются путем переговоров, а при не достижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке.

6.2. При не достижении соглашения споры рассматриваются в судебном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

### 7. Особые условия

7.1. В случае противоречия между условиями настоящего Договора и Правилами страхования, преимущественную силу имеют условия настоящего Договора.

Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр Договора находится у Страхователя, другой — у Страховщика.

Приложение: 1. Медицинская программа страхования.

2. Список Застрахованных лиц.



8. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон

Страховщик: 000 «ПРОМИНСТРАХ»	Страхователь:
Генеральный директор 000 «ПРОМИНСТРАХ»	Руководитель

С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Правила страхования получены.

\_\_\_\_\_ (Подпись)

## ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

Разработана на основании «Правил добровольного медицинского» страхования 000 «ПРОМИНСТРАХ» (Страховщик) и регламентирует перечень оплачиваемых медицинских услуг в соответствии с программой страхования в выбранных Страхователем базовых лечебных профилактических учреждениях (ЛПУ), осуществляющих оказание изложенных в этой программе медицинских услуг.

### **Программа № 1: Амбулаторная помощь** (категория)

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и на дому в Лечебном учреждении, выбранном Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих Договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

#### **Описание категорий и адреса поликлиники.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

### **Программа №2: Личный врач** (категория)

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на дому или по месту работы, выбранном Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих Договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

#### **Описание категорий и адреса поликлиники.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

### **Программа № 3: Терапевтический стационар** (категория)

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости лечения Застрахованного в условиях стационара терапевтического профиля.

#### **Описание категорий и адреса терапевтического стационара.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

### **Программа № 4: Хирургический стационар** (категория).

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости лечения Застрахованного в условиях стационара хирургического профиля.

#### **Описание категорий и адреса хирургического стационара.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

### **Программа № 5: Стоматологическая помощь** (категория).

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление оплаты медицинских услуг при необходимости обращения Застрахованного к стоматологу.

#### **Описание категорий и адрес стоматологической клиники.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

### **Программа № 6: Скорая медицинская помощь** (категория)

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой бригадами врачей в санитарном автомобиле при транспортировке в стационар, на дому.

**Описание категорий и адрес СМП.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

**Программа № 7: Комплексная программа**  
(категория)

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, стоматологическую помощь.

**Описание категорий и адреса поликлиник и стационара.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

**Программа № 8: Лекарственное обеспечение**

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, по обеспечению лекарственными средствами, оказываемой в амбулаторных условиях и на дому в Медицинском учреждении, выбранном Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих Договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

**Описание адреса аптечных учреждений.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

**Программа № 9: Дородовое наблюдение женщин** (категория)

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, связанной с дородовым наблюдением женщин.

**Описание категорий и адреса поликлиники.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

**Программа №10: Оказание акушерской помощи** (категория)

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, связанной с оказанием акушерской помощи.

**Описание категорий и адреса стационара.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

**Программа №11: Индивидуальное ведение родов** (категория) В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, связанной с индивидуальным ведением родов.

**Программа №12: Восстановление-Реабилитация** В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, связанной с осуществлением – по предписанию врача – восстановления (реабилитации), после любого вида лечения.

**Описание категорий и адреса стационара.**

*Страховой случай (смотри описание программы).*

**СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ**

п/п	Ф.И.О.	Дата рождения	Паспортные данные	Программа	Примечание

Полисы Страхователем получены.

Генеральный директор  
ООО «ПРОМИНСТРАХ»  
\_\_\_\_\_ С.С.Гладкин  
МП

Страхователь  
  
МП

(В образец заявления могут быть внесены изменения, не противоречащие настоящим Правилам и Российскому законодательству)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о добровольном медицинском страховании.**

Страхователь \_\_\_\_\_  
(наименование предприятия, организации)\*

В  
лице \_\_\_\_\_  
(должность. Фамилия, Имя, Отчество.)

просит заключить на условиях, предусмотренных «Правилами Добровольного медицинского страхования»

**ООО «ПРОМИНСТРАХ»** договор медицинского страхования по  
Программе \_\_\_\_\_

на срок \_\_\_\_\_ с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. в  
пользу\*\* \_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Количество Застрахованных лиц \_\_\_\_\_ человек. Список прилагается на \_\_\_\_\_ листах.

С Правилами страхования, страховой программой и перечнем лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным лицам, ознакомлен \_\_\_\_\_

(подпись Страхователя)

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА.**

**СТРАХОВАТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_

Банковские  
реквизиты: \_\_\_\_\_

(Данные паспорта: серия, номер, кем выдан, дата выдачи)\*\*\*

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись  
Страхователя)

**РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА**

Принимается на страхование \_\_\_\_\_ человек с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Страховую премию в сумме \_\_\_\_\_ руб.

Порядок и форма оплаты \_\_\_\_\_ следует уплатить до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(единовременно, в рассрочку, налично, безналично)

**СТРАХОВЩИК**

**СТРАХОВАТЕЛЬ**

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)«\_\_» \_\_\_\_\_ 20г.

\*Заполняется при коллективной форме страхования.

\*\*Ф.И.О. Застрахованного лица и его адрес или список Застрахованных и их адреса при коллективном страховании.

\*\*\*Данные паспорта Страхователя при индивидуальном страховании.

ПОЛИС № \_\_\_\_\_

добровольного медицинского страхования граждан

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.

**Страховщик: 000 «ПРОМИНСТРАХ»**

**Страхователь:** \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество:

Дата рождения:

Адрес:

**Застрахованное лицо:**

Фамилия, имя, отчество:

Дата рождения:

Настоящий полис подтверждает факт заключения договора добровольного медицинского страхования в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования.

Программа страхования и Перечень медицинских учреждений:

Объект страхования - страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при обращении в медицинское учреждение.

Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу, определяется в программе по добровольному медицинскому страхованию, прилагаемой к настоящему договору и являющейся его неотъемлемой частью.

**Страховая  
сумма:** \_\_\_\_\_

**Страховой  
взнос:** \_\_\_\_\_

Уплачивается наличными деньгами / перечислением на р/с Страховщика:

Договор страхования вступает в силу с момента уплаты первого страхового взноса и действует

—  
Право застрахованного на получение медицинской помощи по договору страхования наступает с момента вступления договора страхования в силу.

**От имени Страховщика:**

**000 «ПРОМИНСТРАХ»**

(Подпись)

МП

**Страхователь:**

(Подпись)

МП

С Правилами и Условиями страхования ознакомлен и согласен. Правила страхования получены.

\_\_\_\_\_ Подпись Страхователя

Полис выдан: " " \_\_\_\_\_ 20 г.

Оборотная сторона

**Выписка из правил**

**(приложение к страховому полису)**

**Основные положения Правил добровольного медицинского страхования**

Медицинскими учреждениями являются лечебно-профилактические и иные учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную и иную медицинскую помощь, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

Страхователями являются дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

При индивидуальном страховании Страхователи - физические лица вправе заключать со Страховщиком договоры о страховании, как в свою пользу, так и о страховании третьих лиц (далее - Застрахованные лица).

На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах.

По настоящим Правилам страховыми случаями признаются факты обращения в Медицинское учреждение за получением консультативной, профилактической и иной медицинской помощи вследствие:

- острых заболеваний или обострения хронических заболеваний;
- травм и отравлений в результате несчастных случаев или действий третьих лиц. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские расходы Застрахованных лиц, если эти медицинские услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования.

Не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием случаи обращения в Медицинское учреждение за получением медицинской помощи вследствие:

- получения травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- получения травм при покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- и умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство).

**Страховой суммой** (лимитом страховой ответственности) является предельный уровень страхового обеспечения, определяемого договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы в пределах страховой суммы по договору.

**Страховым взносом** (страховой премией) является плата за настоящее страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а



также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг (если договор был заключен не на условиях "полной страховой ответственности"), что привело к повышению лимита ответственности, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос страховой премии (в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению за не истекший период действия договора величины страховой суммы и - при расширении перечня медицинских услуг - объема ответственности.

**Договор страхования прекращается в случаях:**

- истечения срока действия;
- неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

**Страховщик обязан:**

- а) выдать страховой полис с приложением Правил в установленный срок;
- б) не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;
- в) для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями.

**Страховщик имеет право:**

- а) установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору;
- б) проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за не истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

**Страхователь обязан:**

- своевременно уплачивать страховую премию;
- при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
- во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы.

**Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:**

- требовать предоставления медицинских услуг в перечисленных в договоре медицинских учреждениях;
- сообщать Страховщику о случаях не предоставления или некачественного предоставления медицинских услуг.

**Застрахованные лица обязаны:**

- соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;
- заботится о сохранности страховых документов.

В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Из страхового покрытия исключаются расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договора о совместной деятельности по добровольному медицинскому страхованию, услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т.д.

Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при не достижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке.

Страховщик несёт ответственность только перед владельцем полиса, являющимся именованным документом, без права передачи и пользования им другими лицами.

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