

Правила добровольного медицинского страхования № 91.030.25
АО СК «Турикум»



**Акционерное общество
Страховая компания «Турикум»
(АО СК «Турикум»)**

«УТВЕРЖДЕНО»
Приказом № 43/25 от 16 июня 2025 г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
№ 91.030.25**

Москва

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	5
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	6
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ.....	7
5. СТРАХОВАЯ СУММА	9
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ	9
7. ФРАНШИЗА	10
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	11
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	14
10. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	17
11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ..	18
12. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	19
13. ФОРС-МАЖОР.....	20
Приложение № 1	
Базовые программы страхования	21
Приложение № 2	
Базовые страховые тарифы и поправочные коэффициенты к ним, применяемые в зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска	31
Приложение № 3	
Договор добровольного медицинского страхования	34

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия, на которых Акционерное общество Страховая компания «Турикум» (далее - Страховщик) заключает с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями, организациями любых организационно-правовых форм), индивидуальными предпринимателями, дееспособными физическими лицами (далее - Страхователи), договоры добровольного медицинского страхования (далее - Договоры страхования).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся, согласно принятой в законодательстве классификации, к видам «медицинское страхование» и «страхование финансовых рисков».

Добровольное медицинское страхование (далее также – ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным лицам (далее также - Застрахованные) при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и иных услуг и их оплату в соответствии с условиями Договоров страхования.

Договор страхования может быть коллективным и индивидуальным.

1.2. Договоры страхования заключаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Правилами. Условия, содержащиеся в Договоре страхования и Правилах, являются обязательными для исполнения субъектами страхования.

1.3. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений Правил.

1.4. Применяемые в Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Для целей Правил перечисленные ниже термины, понятия и определения будут иметь следующие значения:

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, санаторно-курортное лечение и т.п., направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного лица в поддержании и/или восстановлении здоровья.

Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа или Программа страхования) – объем медицинской помощи, а также порядок её оказания, установленные Страховщиком, при наступлении страхового случая в период действия Договора страхования. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, иные состояния, требующие оказания медицинской помощи, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Лекарственное обеспечение (лекарственная помощь) – оплата Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания (и при необходимости их доставки), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом в рамках Программы страхования.

Обеспечение медицинскими изделиями – оплата Страховщиком стоимости медицинских изделий, включая протезно-ортопедические изделия, одноразовые медицинские инструменты, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, импланты и др., и, при необходимости, их доставки, включенных в Программу и выписанных (назначенных)

лечащим врачом в рамках Программы страхования.

Иные услуги – включенные в Программу услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи, в том числе бытовые, сервисные, транспортные и иные услуги, включая:

- дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.;

- установление индивидуального поста при лечении в стационарных условиях; предоставление социальных услуг как с привлечением, так и без привлечения специалистов в области здравоохранения; услуги ухода за больными и (или) престарелыми и инвалидами;

- обеспечение питания и проживания (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня);

- оформление различной медицинской документации, включая снятие копий и запись на электронные носители;

- предоставление спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей (иного члена семьи или иного законного представителя) в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком;

- услуги по организации медицинской помощи в медицинских и иных организациях;

- информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи;

- лингвистическое обеспечение (услуги перевода письменного и (или) устного); бронирование времени врача;

- расходы на проезд к месту лечения и обратно; расходы на проживание на территории иностранного государства или на территории Российской Федерации для Застрахованного и (или) сопровождающего его лица;

- услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей в поездках;

- транспортные услуги, в том числе услуги репатриации тела (останков). Репатриация (перевозка тела (останков)) умершего Застрахованного осуществляется согласно требованиям и ограничениям транспортной компании, если иное не установлено Договором страхования, в населенный пункт постоянного проживания Застрахованного;

- иные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи или вне оказания медицинской помощи в целях поддержания и восстановления здоровья.

Сайт Страховщика - официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: <https://www.thuricum.ru>, содержащий информацию о деятельности Страховщика, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

Выжидательный период - период времени, устанавливаемый Договором страхования в отношении Застрахованного лица с момента принятия его на страхование, либо с иного определенного Договором страхования момента, в течение которого наступившие события не являются страховыми случаями либо признаются таковыми с определенными ограничениями, указанными в Договоре страхования. Выжидательный период может быть установлен по Застрахованному, группе Застрахованных лиц, по Договору страхования, по Программе, по отдельной медицинской или иной организации или группе медицинских или иных организаций, по одному риску либо по их комбинации.

1.5. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный, медицинские и иные организации.

2.2. **Страховщик** — Акционерное общество Страховая компания «Турикум» (АО СК «Турикум»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление страховой деятельности в установленном законом порядке.

2.3. **Страхователь** - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.4. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** - физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования. Договоры страхования могут предусматривать процедуру предварительного медицинского освидетельствования (осмотра) Застрахованных лиц с целью определения принадлежности к группе риска и применения поправочных коэффициентов при расчете страховой премии (страхового взноса).

2.4.1. Застрахованным, если иное не установлено Договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.4.2. Лица, относящиеся к указанным ниже категориям, могут быть застрахованы только при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование, и стороны Договора страхования согласовали условия принятия на страхование таких лиц с учетом степени риска:

2.4.2.1. инвалиды I или II группы, либо инвалиды детства (имеющие статус «ребенок-инвалид»);

2.4.2.2. состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

2.4.2.3. находящиеся на момент заключения Договора на стационарном лечении;

2.4.2.4. имеющие следующие заболевания (состояния) и их осложнения:

2.4.2.4.1. ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;

2.4.2.4.2. особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в устанавливаемый органами власти перечень заболеваний, представляющие опасность для окружающих, заболевания, включенные в перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, в том числе COVID-19, оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая инфекция, туберкулёз, гепатиты В и С, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;

2.4.2.4.3. наркомания, алкоголизм, токсикомания;

2.4.2.4.4. психические расстройства и расстройства поведения;

2.4.2.4.5. злокачественные новообразования, включая гемобластозы; новообразования, в том числе доброкачественные, центральной нервной системы;

2.4.2.4.6. наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич и (или) связанные с ними осложнения;

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

2.4.2.4.8. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения гемодиализа;

2.4.2.4.9. хронические гепатиты В, С, Е, F, G;

2.4.2.4.10. заболевания, по поводу которых установлена инвалидность (кроме III группы).

2.4.3. Указанные в пункте 2.4.2. Правил сведения (диагнозы) наряду с факторами, перечисленными в пункте 6.2. Правил, признаются в соответствии со ст. 959 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее — Гражданский кодекс РФ) обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, а также обстоятельствами, влекущими увеличение страхового риска.

2.5. **Медицинские организации** - российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

2.6. **Иные организации** - российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования, включая, но не ограничиваясь:

2.6.1. **сервисные (ассистанские) организации** - юридические лица и индивидуальные предприниматели, обеспечивающие организацию и сервисную поддержку медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором (Программой) страхования, действующие по поручению Страховщика;

2.6.2. **фармацевтические организации** - юридические лица и индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности в соответствии с выданной лицензией;

2.6.3. **экспертные организации** - юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера в соответствии с выданной лицензией.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояний Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни, здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их.

3.2. Объектами страхования могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц в связи с:

- оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию возвращения Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания;
- транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного;
- посмертной репатриацией тела (останков) Застрахованного лица;
- оплатой психологических, юридических и иных услуг, связанных с состоянием здоровья Застрахованного лица и/или оказанием медицинской помощи;
- приобретением медикаментозных средств и/или изделий медицинского назначения, выписанных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации в связи с наступлением страхового случая.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ

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

4.2. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинских и иных услуг Застрахованному при его обращении в медицинскую и иную организацию по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи и иных услуг, а также иных обстоятельств, предусмотренных Договором страхования.

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

4.3.1. Страховым случаем в соответствии с Правилами является обращение Застрахованного лица в порядке, предусмотренном Договором страхования, в медицинскую и/или иную организацию, предусмотренную Договором страхования, либо согласованную Страховщиком, с целью получения различных видов платных медицинских и иных услуг, включенных в Программу, по поводу предусмотренных Программой (Программами) ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи и повлекших возникновение расходов на оплату предусмотренных Программой (Программами) медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному.

4.3.2. В случае, если это прямо предусмотрено Договором страхования и (или) Программой, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинскую и иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и (или) Программой или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3.3. В случае, когда это предусмотрено Договором страхования и (или) Программой, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации

транспортных, сервисных и бытовых услуг, в том числе оплатой организации транспортировки, репатриации Застрахованного или его трупа (останков), возвращения Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом по месту лечения или месту пребывания Застрахованного близкого родственника Застрахованного; расходов по найму жилого помещения для Застрахованного и сопровождающего его лица; услуг по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей в поездках и иных услуг, а также возникновение у Застрахованного в связи с оказанием медицинской помощи непредвиденных расходов на психологические, юридические и иные предусмотренные Договором страхования и (или) Программой услуги, расходов на приобретение медикаментозных средств и/или изделий медицинского назначения, выписанных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации в связи с наступлением страхового случая.

Перечень расходов, подлежащих страховому возмещению, указывается в Договоре страхования и (или) Программе.

4.4. Формами оказания медицинской и иной помощи являются:

4.4.1. **плановая медицинская помощь**, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий (в том числе медицинских осмотров), при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

4.4.2. **неотложная медицинская помощь**, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

4.4.3. **экстренная медицинская помощь**, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

4.4.4. **психологическая помощь**, оказываемая при заболеваниях и состояниях, сопровождающихся эмоциональным расстройством, направленная на рост эффективности лечебного процесса и улучшение качества жизни Застрахованного;

4.4.5. **лекарственная помощь**, оказываемая в целях приобретения медикаментозных средств, выписанных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации.

4.5. Условия оказания медицинской и иной помощи:

4.5.1. **амбулаторно** (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

4.5.2. **в дневном стационаре** (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4.5.3. **стационарно** (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

4.5.4. **вне медицинской организации** (в том числе по месту вызова бригады скорой и скорой специализированной, медицинской помощи, в транспортном средстве при медицинской эвакуации), а также с применением телемедицинских технологий и информационных сервисов, предоставляемых Страховщиком (в том числе для оценки состояния здоровья и индивидуальной предрасположенности к развитию заболеваний).

4.6. Организация медицинской помощи и иных услуг осуществляется в соответствии с Программами, предусмотренными Договором страхования. Перечень базовых программ представлен в Приложении 1 к настоящим Правилам.

4.7. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать Программы к

отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц).

4.8. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

4.9. Не признается страховым случаем, если иное прямо не предусмотрено Договором страхования:

4.9.1. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанное с:

4.9.1.1. травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, полученным в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.9.1.2. травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий, квалифицированных в качестве таковых уполномоченными правоохранительными органами;

4.9.1.3. умышленным причинением вреда своему здоровью, в том числе с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц (должно быть подтверждено документально);

4.9.1.4. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной или забастовками, стихийными бедствиями, террористическими актами, эпидемиями и пандемиями.

4.9.2. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

4.9.2.1. не предусмотренных Договором страхования и Программой страхования;

4.9.2.2. полученных в медицинских и(или) иных организациях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных Страховщиком;

4.9.2.3. не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, выполняемых по желанию Застрахованного или без медицинских показаний;

4.10. Если иное прямо не указано в Договоре страхования и (или) Программе, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию в связи с оказанием ему медицинской помощи по поводу заболеваний, состояний, перечисленных в пункте 2.4.2.4. Правил, и связанных с ними осложнений.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, определенная в Договоре страхования при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов), а также лимит ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных Программой. Страховая сумма может устанавливаться по соглашению Сторон для каждого Застрахованного, по Договору страхования, по программе, по видам помощи, по отдельным заболеваниям (состояниям).

5.3. Страховая сумма по соглашению Сторон может устанавливаться как в валюте Российской Федерации, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен Договором страхования.

5.4. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превышать размер страховой суммы, установленный Договором страхования.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

6.1. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон на основании базовых тарифов Страховщика, приведенных в Приложении 2 настоящих Правил.

6.2. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по Договору страхования, среди которых в том числе могут учитываться:

- объем предоставляемого страхового покрытия и исключения из страхового покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи и иных услуг);

- ценовая категория медицинских и/или иных организаций, зона покрытия, регион пребывания, характер производственной деятельности, условий труда, хобби, пол, возраст и состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, состояний, диагностированных, установленных до начала действия Договора страхования и т.п.) Застрахованных лиц, а также

- информация, указанная Застрахованным лицом (Страхователем) в анкете(-ах), результаты предварительного медицинского осмотра, срок страхования, периодичность уплаты страховой премии, общее число лиц, принимаемых на страхование, страховая история, наличие франшизы и иные условия/ факторы.

6.3. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь (Застрахованный) обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

6.4. Страховые взносы - часть страховой премии, уплачиваемая в рассрочку или согласно графику платежей.

6.5. Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на дату заключения Договора страхования базовыми страховыми тарифами, с учетом характера страхового риска и срока страхования.

6.6. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.7. При заключении Договора страхования с целью определения размера подлежащей уплате страховой премии (страхового взноса) Страховщик может предложить Застрахованному лицу (Страхователю) заполнить анкету. Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо на прохождение предварительного медицинского осмотра в объеме, необходимом для определения условий Договора страхования, и (или) запросить

предоставление документов, подтверждающих состояние его здоровья. Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского осмотра производится за счет Страхователя. Предварительный медицинский осмотр проводится в медицинской организации, согласованной Страховщиком, имеющей соответствующую лицензию.

При отказе Застрахованного лица от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского осмотра Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

7. ФРАНШИЗА

7.1. Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и/или Договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

7.2. Страховщик имеет право в Договоре страхования установить франшизу на отдельные риски, медицинские услуги и т. п.

7.3. Франшиза может устанавливаться:

7.3.1. в относительном выражении (в определенном проценте от страховой суммы);

7.3.2. в абсолютном выражении (в денежном эквиваленте);

7.3.3. в единицах исчисления времени путем установления в Договоре определенного периода (временная франшиза).

7.4. В соответствии с условиями Договора страхования франшиза может быть условной (Страховщик не производит страховую выплату если стоимость оказанных медицинских и/или иных услуг, подлежащих оплате Страховщиком, не превышает сумму франшизы, но производит страховую выплату в полном объеме, если стоимость оказанных медицинских и/или иных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям Договора страхования, превышает сумму франшизы) и безусловной (размер франшизы всегда вычитается из стоимости оказанных медицинских и/или иных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям Договора страхования).

7.5. В соответствии с Правилами, если вид франшизы прямо не определен Договором страхования, франшиза является безусловной.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования - соглашение между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется организовать и оплатить предоставление Застрахованным лицам медицинских и/или иных услуг определенного объема и качества, либо, если это предусмотрено Договором страхования, возместить Застрахованным лицам затраты на получение медицинских и/или иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования, а Страхователь обязуется своевременно уплатить страховую премию в установленном Договором страхования размере и срок.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме на основании письменного или устного заявления Страхователя. Письменное заявление (если применимо) является неотъемлемой частью Договора страхования.

8.3. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

8.3.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью уполномоченных лиц Страхователя и Страховщика и печатью. Договор страхования составляется в двух экземплярах, если иное количество экземпляров не предусмотрено Договором страхования;

8.3.2. путем направления Страхователю заключенного в электронной форме Договора страхования (оферты), заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. Согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата страховой премии (при уплате единовременно)/первого страхового взноса (при уплате в рассрочку);

8.3.3. путем оформления Договора страхования (и иной документации) в виде электронного документа или обмена электронными документами или иными данными:

8.3.3.1. Страхователь (юридическое лицо или индивидуальный предприниматель) и Страховщик подписывают Договор страхования усиленной квалифицированной электронной подписью;

8.3.3.2. Страхователь (физическое лицо) подписывает Договор страхования простой или усиленной квалифицированной электронной подписью.

8.4. Страховщик вправе на основании настоящих Правил заключать коллективные Договоры страхования с использованием отдельных условий, закрепленных в настоящих Правилах страхования, и/или комбинируя их. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, оформляется в виде единого документа для всех Застрахованных лиц с приложением списка Застрахованных лиц. При этом по желанию Страхователя Страховщик выпускает в электронном виде страховые полисы или сертификаты и памятки на каждого Застрахованного для предоставления их Застрахованным лицам. Указанные полисы (сертификаты) не являются Договором страхования и имеют своей целью удостоверение условий страхования по заключенному Договору страхования.

8.5. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил или о дополнении настоящих Правил (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также - ГК РФ). При изменении/исключении отдельных положений, которые содержатся в Приложениях к настоящим Правилам, такие Приложения применяются в измененном виде. Если Приложение к настоящим Правилам не применяется при осуществлении страхования по конкретному Договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

8.6. Для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков Страховщик вправе потребовать у Страхователя документы, подтверждающие сведения, изложенные в письменном заявлении на страхование, а также документы и сведения, необходимые для:

а) заключения и исполнения Договора страхования;

б) исполнения Страховщиком требований законодательства о противодействии отмыванию денежных средств, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию распространения оружия массового уничтожения.

Кроме того, Страховщик вправе потребовать предоставления следующих сведений (и подтверждающих их документов) в отношении Застрахованного лица:

- фамилия, имя, отчество (при наличии последнего), реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, адрес для направления корреспонденции, ИНН (при наличии); СНИЛС адрес электронной почты, мобильный телефон,

- возраст, пол, вес, рост, артериальное давление; сведения о дееспособности,

сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях/расстройствах/отклонениях в развитии (для детей)/нарушениях/повреждениях/травмах/оперативных (хирургических) вмешательствах/госпитализации), сведения о направлении потенциального Застрахованного лица на прохождение медицинского обследования в связи с подозрением на наличие у него заболевания, сведения о наличии нарушений состояния здоровья потенциального Застрахованного лица, сведения, связанные с беременностью (для женщин); сведения о принимаемых медицинских препаратах;

- сведения о наличии/отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении на прохождение медико-социальной экспертизы);

- место работы, должность, сведения о профессии/профессиональной деятельности/роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.);

- статус по отношению к Страхователю (Застрахованному) (сотрудник, родственник, ребенок),

- сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей и др.);

- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств);

- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);

- сведения об адресе места жительства (регистрации) или места пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);

- сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);

- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (имевшихся) у родственников Застрахованного лица;

- сведения об иждивенцах и др.

8.7. Страховщик вправе потребовать также представления выписки из медицинских карт из лечебных учреждений, где лицо, принимаемое на страхование, наблюдалось или проходило лечение.

8.8. При необходимости перед заключением Договора страхования Страхователь (заявляемое на страхование лицо) заполняет анкеты по установленной Страховщиком форме.

8.9. Страховщик имеет право назначить предварительное медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя. Страховщик вправе по своему усмотрению оплатить проведение предварительного медицинского обследования Застрахованного лица.

8.10. Форма представления указанных в настоящих Правилах документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений, или принять взамен

иные, из числа представленных Страхователем, документы и/или сведения.

8.11. При непредоставлении Страхователем (заявляемым на страхование лицом) сведений, документов, не заполнении анкет по форме Страховщика и т. п., указанных в настоящих Правилах, а также отказе от прохождения обследования Договор страхования в отношении заявляемого на страхование лица не может быть заключен.

8.12. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему, либо в Договоре страхования содержится ссылка на Правила, размещенные Страховщиком на своем официальном сайте в сети «Интернет».

8.13. Все данные о Страхователе (Застрахованном лице), которые стали известны Страховщику в связи с профессиональной деятельностью, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях исполнения Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

8.14. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, либо представил фиктивные документы, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным с применением последствий, предусмотренных п. 2 ст.179 ГК Российской Федерации.

8.15. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений считаются направленными Сторонами в адрес друг друга, если они сделаны в письменной форме или в форме электронного документа, или иным способом коммуникации, согласованным при заключении Договора страхования.

8.16. При изменении адресов и/или реквизитов Стороны обязаны в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты внесения соответствующих изменений известить друг друга об этом. Если Сторона не была своевременно извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой Стороны, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

8.17. Срок действия Договора страхования и/или порядок его определения указывается в Договоре страхования.

8.17.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если по соглашению Сторон не предусмотрено иное.

8.17.2. Договор страхования вступает в силу с даты заключения, если Договором не предусмотрено иное. Срок страхования устанавливается в Договоре страхования.

8.17.3. В Договоре страхования может быть предусмотрен Выжидательный период.

8.18. Договор страхования (страхование в отношении конкретного Застрахованного по коллективному Договору страхования) прекращается в случаях:

8.18.1. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме (в отношении конкретного Застрахованного);

8.18.2. неуплаты Страхователем страховой премии (взноса) в установленные Договором страхования сроки и в установленном размере, если иное не предусмотрено Договором страхования;

8.18.3. если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и/или существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало

страхование;

8.18.4. в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

8.19. При досрочном прекращении действия Договора страхования уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если законодательством Российской Федерации или Договором страхования не предусмотрено иное.

8.19.1. В случае отказа Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения и до вступления страхования, обусловленного Договором страхования, в силу Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме;

8.19.2. В случае отказа Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но после вступления страхования, обусловленного Договором страхования, в силу, при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

8.19.3. Возврат Страхователю страховой премии осуществляется в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать предоставления Застрахованному лицу в медицинских и/или иных организациях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и/или иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика о непредоставлении таких услуг, предоставлении неполных или некачественных услуг в письменной (или иной позволяющей объективно зафиксировать факт обращения) форме;

9.1.2. расторгать досрочно коллективный Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику, если иное не предусмотрено Договором страхования. При уменьшении числа Застрахованных в рамках Договора страхования возврат части страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования;

9.1.3. изменять по согласованию со Страховщиком в течение срока действия Договора страхования программу страхования или иные условия Договора страхования (включая изменения Списка Застрахованных), заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, при необходимости, дополнительные страховые взносы.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованными) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованными) требований и условий Договора страхования;

9.2.2. запросить недостающие документы/сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 12.7 настоящих Правил;

9.2.3. требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной

информации, необходимой для заключения Договора страхования;

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

9.2.5. применять разработанные им страховые тарифы и поправочные коэффициенты к ним для определения размера страховой премии с учетом проведенной предстраховой экспертизы (медицинского обследования) в отношении лица, принимаемого на страхование, условий страхования и степени оценки страхового риска;

9.2.6. требовать изменения условий Договора страхования в случае выявления в течение срока действия Договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска. При несогласии Страхователя на такие изменения потребовать досрочно прекратить Договор страхования;

9.2.7. привлекать третьих лиц в целях заключения и исполнения Договора страхования;

9.2.8. самостоятельно определять Сервисную компанию и заменить Сервисную компанию без согласования со Страхователем, или самостоятельно выполнять данную функцию;

9.2.9. расторгать досрочно Договор страхования при неоплате премии или очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, в соответствии с условиями Договора страхования, путем направления Страхователю соответствующего уведомления;

9.2.10. прекратить организацию и оплату медицинской и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) заболеваний (в том числе их последствий и осложнений), указанных в Договоре как не являющихся страховым случаем;

9.2.11. оказать содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение в случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных Договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком;

9.2.12. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его систематической (два и более, если иное не предусмотрено Договором страхования) неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи, нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

9.2.13. досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу свой страховой полис с целью получения последним медицинской помощи, без возврата страховой премии (страховых взносов);

9.2.14. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинской организацией, предусмотренной Договором страхования.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать предоставления медицинских и/или иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика о непредоставлении таких услуг, предоставлении неполных или некачественных услуг;

9.3.2. получать бесплатно не более 1 (одного) раза за период страхования дубликат страхового полиса, программы страхования в случае их утраты;

9.3.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. уплатить страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

9.4.2. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения и подтверждающие их документы, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации, а также незамедлительно сообщить Страховщику об их изменении как в отношении самого Страхователя, так и в отношении Застрахованных лиц, в том числе незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

9.4.3. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правил, программах страхования и порядке предоставления услуг;

9.4.3. получить письменное согласие Застрахованного лица на исключение из списка Застрахованного(-ых) лица/лиц или замену Застрахованного (-ых) лица/лиц по Договору страхования;

9.4.4. получить письменное согласие Застрахованного лица или его законного представителя на обработку их персональных данных Страховщиком и партнерами Страховщика, в объеме, необходимом для выполнения обязательств по Договору страхования, а также на предоставление свободного доступа Страховщику и(или) его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций, (в том числе любых иных автоматизированных информационных систем), в которых Застрахованное лицо проходило лечение или обращалось за медицинскими и/или иными услугами;

9.4.5. компенсировать любые штрафы и расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи или необоснованным использованием страхового полиса (получение медицинских и (или) иных услуг) лицом, не являющимся Застрахованным, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком;

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. обеспечить возможность ознакомления Страхователя с Правилами страхования до заключения Договора страхования, Программами страхования (при наличии) (в том числе путем указания ссылок на документы, размещенные на официальном сайте Страховщика);

9.5.2. предоставлять по запросу Страхователя (Застрахованного лица) в электронном формате для каждого Застрахованного лица страховой полис, программу страхования, а при их утрате — дубликаты;

9.5.3. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном Правилами и Договором страхования;

9.5.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме

может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

9.5.5. контролировать объём, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу медицинскими и/или иными организациями, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком;

9.6. Застрахованный обязан:

9.6.1. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

9.6.2. ознакомиться с информационными материалами по Договору страхования, в том числе с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;

9.6.3. заботиться о сохранности страховых документов (в том числе страхового полиса и/или сертификата) и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и/или иных услуг;

9.6.4. своевременно сообщить Страхователю или Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства, иных данных, необходимых для идентификации Застрахованного в соответствии с Договором страхования;

9.6.5. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

9.6.6. в период действия Договора страхования незамедлительно в письменной форме 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;

9.6.7. соблюдать порядок оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (Программой);

9.6.8. находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

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

10. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

10.1. Организация оказания Медицинских и (или) Иных услуг может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с Медицинскими организациями, так и с привлечением и при посредничестве Сервисной компании.

10.2. Для получения предусмотренной Договором (Программой) страхования медицинской и иной помощи Застрахованный обращается в медицинскую организацию (или к иному участнику страхования), предусмотренную Договором (Программой) страхования, либо к Страховщику в порядке, определенном Договором страхования.

10.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, в организации, определенной в Договоре страхования, Страховщик организует их выполнение в иной медицинской организации. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

10.4. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

10.5. При обращении в Медицинскую или Иные организации Застрахованный должен быть готов предъявить Договор страхования или иной документ, выданный Страховщиком, подтверждающий действие Договора страхования в отношении данного Застрахованного, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

10.5. Страховщик имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением государственной/муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03» и/или «112»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя/Застрахованного и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

10.6. Вся необходимая медицинская документация: листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и иная аналогичная документация – выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

11. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и/или иной помощи непосредственно (или через уполномоченное третье лицо, в том числе через агента или Сервисную компанию) в медицинскую и/или иную организацию по их счетам в течение 60 календарных дней с даты получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено Договором с медицинской и/или иной организацией.

11.2. Если это предусмотрено Договором страхования для получения предусмотренной Договором страхования медицинской и/или иной помощи Застрахованный вправе с предварительного письменного согласия) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую и/или иную организацию и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и/или иных услуг, лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения.

11.2.1. В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской и/или иной помощи. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление установленного образца с приложением:

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку;
- оплаченного счета с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости;
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного;
- копии документа, удостоверяющего личность Застрахованного;
- копии страхового полиса или Договора страхования;

Страховщик вправе изменить вышеизложенный перечень документов.

11.2.2. Если Договором предусмотрено осуществление страховой выплаты Застрахованному, Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 3 (трех) месяцев после получения им медицинских и/или иных услуг, если иное не установлено в

Договоре страхования. Возмещение или отказ в страховой выплате производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения от Застрахованного всей необходимой документации, предусмотренной настоящими Правилами.

11.3. Если Договором страхования предусмотрена франшиза, расчет выплаты осуществляется согласно условиям Договора страхования;

11.4. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

11.4.1. если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

11.4.2. в случае нарушения Застрахованным сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

11.4.3. в случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении не было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное;

11.4.4. в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, Договором или Программой страхования.

11.5. Во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

11.6. Страховщик имеет право продлить срок принятия решения о страховой выплате:

- до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем, предусмотренных Правилами;

- в случае если Страховщиком сделан запрос в компетентные органы о предоставлении документов и/или сведений, необходимых для принятия решения о страховой выплате в соответствии с Правилами;

- в случае возбуждения по факту наступления страхового случая уголовного дела – до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

12. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. При разрешении спорных вопросов положения конкретного Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям Правил.

12.2. Споры и разногласия в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования разрешаются Страхователем и Страховщиком путём переговоров.

12.3. В случае возникновения споров о причинах и размере ущерба каждая из Сторон имеет право потребовать проведения экспертизы (дополнительной экспертизы). Экспертиза проводится за счет Стороны, потребовавшей ее проведения.

13. ФОРС-МАЖОР

13.1. Страхователь и Страховщик освобождаются от ответственности за частичное

или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств природного (опасные природные явления и процессы) или социально-общественного (гражданская война, забастовка, военные действия, эпидемия и т.п.) характера.

13.2. Наступление указанных обстоятельств не является основанием для принятия решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем.

13.3. Возможное неисполнение обязательств по Договору должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем разделе обстоятельствами.

13.4. Сторона Договора, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону об их наступлении и предполагаемом сроке их действия.

13.5. Отсутствие уведомления или несвоевременное уведомление лишает неуведомившую сторону Договора права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования № 91.030.25

БАЗОВЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

Программа амбулаторно-поликлинической помощи

В рамках Программы амбулаторно-поликлинической помощи Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в следующем объеме:

1. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов;
2. Приемы консультантов, врачей-специалистов с применением телемедицинских технологий;
3. Помощь на дому врачами-специалистами и иным медицинским персоналом;
4. Услуги личных, семейных врачей, врачей офиса, медицинских советников;
5. Оформление медицинской документации;
6. Лабораторные методы диагностики:
 - a. Общеклинические методы исследования крови и других биологических сред организма;
 - b. Биохимические методы исследования;
 - c. Коагулограмма;
 - d. Гистологические и цитологические исследования;
 - e. Серологические методы исследования;
 - f. Гормональные исследования;
 - g. Генетические исследования;
 - h. Бактериоскопические исследования;
 - i. Бактериологические исследования;
 - j. Иммунологические и аллергологические исследования;
 - k. Диагностика минерального обмена.
7. Инструментальные методы диагностики:
 - a. Функциональные методы исследования;
 - b. Ультразвуковые методы диагностики;
 - c. Обследование в офтальмологии;
 - d. Эндоскопические методы исследования;
 - e. Рентгенологические методы исследования;
 - f. Магнитно-резонансная томография;
 - g. Исследования с помощью радионуклидов и методы радиационной терапии.
8. Лечебные процедуры и манипуляции:
 - a. Врачей-специалистов;
 - b. Сестринского персонала;
 - c. Мануальная терапия;
 - d. Лечебный массаж;
 - e. Лечебная физкультура;

- f. Иглорефлексотерапия;
- g. Физиотерапия;
- h. Экстракорпоральные методы воздействия.

- 9. Медицинские осмотры (профилактические, предварительные, периодические и другие);
- 10. Профилактические осмотры в декретированные сроки;
- 11. Профилактическая вакцинация;
- 12. Сервисные услуги, предоставляемые медицинскими организациями в амбулаторных условиях.

Организация лечебной, диагностической, консультативной, профилактической, реабилитационной, лекарственной и иной медицинской помощи в рамках Программы амбулаторно-поликлинической помощи может быть осуществлена на территории Российской Федерации и за рубежом.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может отличаться от базового объема Программы амбулаторно-поликлинической помощи.

Программа скорой и неотложной медицинской помощи

В рамках Программы скорой и неотложной медицинской помощи Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в следующем объеме:

- 1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- 2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля;
- 3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе с применением лекарственных средств в объеме медицинского оснащения автомобиля;
- 4. Медицинская транспортировка в стационар при экстренной госпитализации;
- 5. Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, в медицинскую организацию с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию помощи, в том числе с применением медицинского оборудования и лекарственных средств в объеме медицинского оснащения автомобиля;
- 6. Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;
- 7. Репатриация тела (останков) Застрахованного лица.

Организация скорой и неотложной медицинской помощи осуществляется при наличии на территории обслуживания лицензированных медицинских организаций, осуществляющих коммерческую деятельность, включенных в Договор (Программу) страхования).

Организация экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям может осуществляться с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Застрахованного лица и при отсутствии медицинских

противопоказаний в одну из медицинских организаций, предусмотренных Программой страхования.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, для вызова скорой медицинской помощи рекомендовано дублировать обращение в учреждения государственной (муниципальной) скорой медицинской помощи «03» и/или «112».

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключаящих ряд позиций, перечисленных в базовом объеме Программы скорой и неотложной медицинской помощи.

Программа стационарной помощи

В рамках Программы стационарной помощи Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в следующем объеме:

1. Пребывание в стационаре в палате повышенной комфортности, питание, уход медицинского персонала;
2. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов;
3. Специализированная консультационно-диагностическая помощь на базе научно-исследовательских медицинских организаций;
4. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
5. Хирургические и консервативные методы лечения;
6. Лабораторные методы диагностики;
7. Инструментальные методы диагностики;
8. Обеспечение лекарственными средствами;
9. Реанимационные мероприятия;
10. Физиотерапевтическое и восстановительное лечение;
11. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством;
12. Сервисные услуги, предоставляемые стационарными медицинскими организациями.

Организация лечебной, диагностической, консультативной, профилактической, реабилитационной, лекарственной и иной медицинской помощи в рамках Программы стационарной помощи может быть осуществлена на территории Российской Федерации и за рубежом.

Если иное не оговорено в Договоре страхования Программа предусматривает оказание и оплату медицинских услуг при экстренной медицинской помощи Застрахованному лицу в стационарных условиях в срок до выписки из медицинской организации, но не более 15 (пятнадцати) календарных дней с даты окончания срока страхования в отношении этого Застрахованного, при условии, что такое обращение Застрахованного лица за медицинской помощью, предусмотренной условиями Программы, произошло в период страхования; в остальных случаях – до окончания периода страхования.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключаящих ряд позиций, перечисленных в базовом объеме Программы стационарной помощи.

Программа ведения беременности и родовспоможения

В рамках Программы ведения беременности и родовспоможения Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в следующем объеме:

1. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей специалистов по обращениям Застрахованной по поводу беременности со сроком от 8-и недель;
2. Амбулаторно-поликлинические и/или стационарные лечебные и диагностические услуги по поводу патологии беременности;
3. Проведение физиологических родов на базе родильных отделений медицинских организаций;
4. Родовспоможение путем кесарева сечения по медицинским показаниям;
5. Медицинские услуги, связанные с лечением послеродовых осложнений в течение 30 дней после родов.

Если иное не оговорено в Договоре страхования Программа предусматривает оказание и оплату медицинских услуг при экстренной медицинской помощи Застрахованному лицу в стационарных условиях в срок до выписки из медицинской организации, но не более 15 (пятнадцати) календарных дней с даты окончания срока страхования в отношении этого Застрахованного, при условии, что такое обращение Застрахованного лица за медицинской помощью, предусмотренной условиями Программы, произошло в период страхования; в остальных случаях – до окончания периода страхования.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключаящих ряд позиций ведения беременности и родовспоможения.

Программа превентивной помощи

В рамках Программы превентивной помощи Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в следующем объеме:

1. Консультативные приемы врачей-специалистов и специалистов иных профилей;
2. Приемы врачей-специалистов и специалистов иных профилей с применением телемедицинских технологий;
3. Услуги врачей офиса, цеховых врачей, медицинских советников;
4. Оформление медицинской документации;
5. Медицинские осмотры (профилактические, предварительные, периодические и другие);
6. Лабораторные методы диагностики;
7. Инструментальные методы диагностики;
8. Лечебные процедуры и манипуляции;
9. Профилактическая вакцинация;
10. Профилактика факторов риска развития и обострений хронических заболеваний;
11. Профилактика психосоматической патологии;
12. Сервисные услуги, предоставляемые медицинскими учреждениями.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключаящих ряд позиций, перечисленных в базовом объеме Программы превентивной помощи.

Программа стоматологической помощи

В рамках Программы стоматологической помощи Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в следующем объеме:

1. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей- стоматологов;
2. Терапевтические услуги:
 - a. Инструментальные методы диагностики (рентгенологические методы исследования);
 - b. Физиотерапевтические услуги;
 - c. Анестезия;
 - d. Лечение кариеса и его осложнений;
 - e. Эндодонтическое лечение/обработка корневых каналов;
 - f. Купирование острых воспалительных процессов;
 - g. Лечение некариозных поражений зубов.
3. Хирургические услуги:
 - a. Лечение острой травмы челюстно-лицевой области;
 - b. Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
 - c. Удаление доброкачественных новообразований челюстно- лицевой области;
 - d. Имплантация, подготовка к протезированию;
 - e. Удаление зубов.
4. Профессиональная гигиена;
5. Оформление медицинской документации.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключаящих ряд позиций, перечисленных в базовом объеме Программы стоматологической помощи.

Программа санаторно-курортного и реабилитационно-восстановительного лечения

В рамках Программы санаторно-курортного и реабилитационно- восстановительного лечения Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских услуг в следующем объеме:

1. Пребывание в медицинской и иной организации, оказывающей санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение;
2. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей- специалистов;
3. Оформление медицинской документации;
4. Лабораторные методы диагностики;
5. Инструментальные методы диагностики;
6. Лечебные процедуры и манипуляции;
7. Обеспечение лекарственными средствами;
8. Профилактика обострений состояний, послуживших причиной обращения за санаторно-курортным и реабилитационно-восстановительным лечением;

9. Сервисные услуги, предоставляемые медицинскими и иными организациями;
10. Сопровождение Застрахованного лица;
11. Медицинская транспортировка, в том числе организация проезда Застрахованного лица в медицинскую и иную организацию.

Организация лечебной, диагностической, консультативной, профилактической, реабилитационной, лекарственной и иной медицинской помощи в рамках Программы санаторно-курортного и реабилитационно-восстановительного лечения может быть осуществлена на территории Российской Федерации и за рубежом.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключаящих ряд позиций, перечисленных в базовом объеме Программы санаторно-курортного и реабилитационно-восстановительного лечения.

Программа высокотехнологичной медицинской помощи

В рамках Программы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая (при развитии состояний и заболеваний, перечисленных ниже) организацию и оплату медицинских услуг.

1. Перечень состояний и заболеваний:
 - 1.1. Онкологические заболевания;
 - 1.2. Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица, требующие применения трансплантации органов, тканей;
 - 1.3. Заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов;
 - 1.4. Заболевания, требующие проведения кардиохирургических операций;
 - 1.5. Заболевания и состояния, сопровождающиеся острой почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа, перитонеального диализа;
 - 1.6. Травмы позвоночника, полученные в период действия Договора страхования, требующие проведения оперативного лечения;
 - 1.7. Черепно-мозговые травмы, полученные в период действия Договора, требующие оперативного лечения;
 - 1.8. Острые и хронические вирусные гепатиты;
 - 1.9. Врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнения;
 - 1.10. Демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;
 - 1.11. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;
 - 1.12. Сахарный диабет и его осложнения.
2. Объем услуг:
 - 2.1. ВМП, амбулаторно-поликлиническая помощь:
 - 2.1.1. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов;
 - 2.1.2. Оформление медицинской документации;

- 2.1.3. Лабораторные методы диагностики;
- 2.1.4. Инструментальные методы диагностики;
- 2.1.5. Лечебные процедуры и манипуляции;
- 2.1.6. Профилактика осложнений;
- 2.1.7. Транспортировка и сопровождение Застрахованного;
- 2.1.8. Сервисные услуги.

2.2. ВМП, скорая и неотложная медицинская помощь:

- 2.2.1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- 2.2.2. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе с применением лекарственных средств в объеме медицинского оснащения автомобиля;
- 2.2.3. Медицинская транспортировка в стационар при экстренной госпитализации;
- 2.2.4. Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, в медицинскую организацию с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию помощи, в том числе с применением медицинского оборудования и лекарственных средств в объеме медицинского оснащения автомобиля;
- 2.2.5. Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;
- 2.2.6. Репатриация тела (останков) Застрахованного лица.

2.3. ВМП, стационарная помощь:

- 2.3.1. Пребывание в стационаре в палате повышенной комфортности, питание, уход медицинского персонала;
- 2.3.2. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов;
- 2.3.3. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 2.3.4. Хирургические и консервативные методы лечения;
- 2.3.5. Лабораторные методы диагностики;
- 2.3.6. Инструментальные методы диагностики;
- 2.3.7. Обеспечение лекарственными средствами;
- 2.3.8. Реанимационные мероприятия;
- 2.3.9. Физиотерапевтическое и восстановительное лечение;
- 2.3.10. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством;
- 2.3.11. Сервисные услуги, предоставляемые стационарными медицинскими организациями.

2.4. ВМП, лекарственная помощь:

- 2.4.1. Обеспечение лекарственными средствами;
- 2.4.2. Обеспечение биологически активными добавками к пище;
- 2.4.3. Обеспечение изделиями медицинского назначения;
- 2.4.4. Доставка лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица.

Организация лечебной, диагностической, консультативной, профилактической, реабилитационной, лекарственной и иной медицинской помощи в рамках Программы высокотехнологичной медицинской помощи может быть осуществлена на территории Российской Федерации и за рубежом.

Если иное не оговорено в Договоре страхования Программа предусматривает оказание и оплату медицинских услуг при экстренной медицинской помощи Застрахованному лицу в стационарных условиях в срок до выписки из медицинской организации, но не более 15 (пятнадцати) календарных дней с даты окончания срока страхования в отношении этого Застрахованного, при условии, что такое обращение Застрахованного лица за медицинской помощью, предусмотренной условиями Программы, произошло в период страхования; в остальных случаях – до окончания периода страхования.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключающих ряд позиций, перечисленных в базовом объеме Программы высокотехнологичной медицинской помощи.

Программа лекарственной помощи

В рамках Программы лекарственной помощи Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию обеспечения и оплату лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения, назначенных врачом медицинской организации.

Объем услуг:

1. Обеспечение лекарственными средствами;
2. Обеспечение биологически активными добавками к пище;
3. Обеспечение изделиями медицинского назначения;
4. Доставка лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица.

Объем Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может содержать перечень услуг, превосходящих и/или исключающих ряд позиций, перечисленных в базовом объеме Программы лекарственной помощи.

Исключения из программ

В рамках Программ страхования предусмотрен базовый объем Исключений, если иное не предусмотрено конкретной Программой страхования.

Объем Исключений из Программы страхования, предусмотренный Договором страхования, может отличаться от базового объема Исключений.

1. Перечень состояний и заболеваний, обращение по поводу которых не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком:

№	Клинический диагноз	МКБ-10¹
1	Злокачественные новообразования всех систем и органов и все новообразования центральной нервной системы	C00_97, D32-33, D42-43
2	Психические расстройства и расстройства поведения, в том числе алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, включая связанные с ними заболевания и травмы, а также употребление алкоголя, наркотических и других опьяняющих веществ; последствия умышленного причинения Пациентом себе вреда, включая попытку самоубийства; все заболевания, возникшие в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ	F00-99, T51, T73, T74, X60-X84, Y10-Y34, Y90-91, Y87
3	Наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные, (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена веществ; аномалии развития, врожденные пороки	Q00-Q99
4	Эпилепсия, эпилептиформные синдромы, другие эпизодические и пароксизмальные расстройства нервной системы (кроме транзиторных ишемических атак), демиелинизирующие, дегенеративные и атрофические заболевания нервной системы, экстрапирамидные и другие нарушения, гидроцефалия, болезни нервно-мышечного синапса и мышц, рассеянный склероз	G10-G13, G30-G32, G35-G37, G40-G41, G70-G73, G80-G83, G91
5	ВИЧ-инфекция и СПИД, венерические «классические» заболевания (сифилис, гонорея, шанкرويد (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая), остроконечные кондиломы и т. п.); врожденные и приобретенные иммунодефициты	B20, A50-A53, A55-A58, A60, D80-D89
6	Расстройства питания, нарушения пищевого поведения и нарушения обмена веществ, их осложнения, сахарный диабет 1 и 2 типа	R63, E10, E11
7	Системные поражения соединительной ткани, васкулиты, болезнь Бехтерева, а также все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, ревматизм, ревматические болезни, аутоиммунные заболевания (кроме аутоиммунного тиреоидита)	L95, M30-M36, M05-M09, M45, D68.6
8	Хронические и острые гепатиты, в том числе вирусные гепатиты и их осложнения (кроме гепатита А) , цирроз, фиброз печени	B15-B19, K70, K71, K73-K75
9	Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью	K72, N17-N19
10	Хориоретинальные дистрофии, глаукома вне обострения	H35
11	Туберкулез	A15-A19
12	Саркоидоз, псориаз, алопеция, угревая сыпь, себорея, ксероз, ихтиоз, генерализованные и глубокие микозы, онихомикозы	D86, L40, L60-L67, B35-B9
13	Острая и хроническая лучевая болезнь	T66, K52.0, J70.0, L55-L59
14	Профессиональные заболевания	T51-T65, J62,

¹МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра



	J39.8, J68.2, J45.0, K45.1 J41.0, J60, J63, H26.8, H16.1, T70, T75.8, J66.0, G24.8 B37.2, B46, D12.6, D18, D44.8, D45-47, D51.1, D55-61, D64, D66-68 и др. в соответствии с нормативными документами Минздрава O00-O99
15 Орфанные заболевания	
16 Беременность и роды, связанные с ними состояния, в том числе, осложненное течение беременности, осложнение родов; в том числе — при угрозе прерывания беременности	
17 Ронхопатия (храп) и апноэ во сне	R06, R09.2
18 Деформирующие дорсопатии (кроме обострения остеохондроза), вальгусная и варусная деформация конечностей, все формы плоскостопия (в том числе с болевым синдромом); первичный генерализованный остеоартроз	M40-M41, M43, M21, M15.0
19 Особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки и другие	A20, A00, B03, A90-A99, U04-12 и др. в соответствии с нормативными документами Минздрава Y35-Y36, X85- Y09
20 Заболевания, травмы, увечья, полученные в результате террористических актов, противоправных деяний самого Пациента, участия в несанкционированных митингах, демонстрациях, беспорядках или военных действиях, во время стихийных бедствий, при обращении с оружием, в том числе нелегальным	
20 Планирование семьи, бесплодие, эректильная дисфункция, искусственное оплодотворение	N96-97, N46, Z30-Z39, N98, N48.4, N48.6
21 Мозоли, бородавки, папилломы, кондиломы, контагиозные моллюски, невус, гиперкератоз.	L84, B07, A63.0, B08.1, I78.1, D22, L85

2. Перечень услуг, не оплачиваемых Страховщиком:

2.1. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанное с:

2.1.1. травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, полученным в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

2.1.2. травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством

здоровья Застрахованного лица, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находившегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

2.1.3. умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, а также за исключением тех случаев, когда Договор страхования к моменту совершения покушения на самоубийство действует не менее 2 (двух) лет;

2.1.4. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной или забастовками, стихийными бедствиями, террористическими актами.

2.2. получение медицинских и иных услуг:

2.2.1. не предусмотренных Договором страхования и Программой страхования; полученных в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных Страховщиком;

2.2.2. не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования № 91.030.25

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К НИМ,
ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СТЕПЕНЬ
СТРАХОВОГО РИСКА**

Таблица 1. Базовая тарифная ставка

Страховые риски	Базовые тарифные ставки, %
1. Риск возникновения обстоятельств, требующих организации мероприятий по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению:	
1.1. Программа амбулаторно-поликлинической помощи;	2,6783
1.2. Программа превентивной помощи;	19,1304
1.3. Стоматологическая помощь;	3,8261
1.4. Программа ведения беременности;	14,3478
2. Риск возникновения обстоятельств, требующих организации специализированной медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами и включающей в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию:	
2.1. Программа стационарной помощи	0,4783
2.2. Программа родовспоможения;	14,3478
2.3. Программа Высокотехнологической медицинской помощи;	0,5978
2.4. Программа Лекарственной помощи;	57,3913
3. Риск возникновения обстоятельств, требующих организации скорой, скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой Застрахованным при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, в том числе транспортировки в случае смерти Застрахованного лица в течение действия Договора страхования (репатриация тела (останков) на территорию постоянного проживания):	
3.1. Программа скорой неотложной медицинской помощи;	0,7174
4. Риск возникновения обстоятельств, требующих организации комплекса мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма человека, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме:	
4.1. Программа санаторно-курортного и реабилитационно-восстановительного лечения;	4,7826

Таблица 2. Поправочные коэффициенты в зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска

Условия страхования/факторы риска	Диапазон поправочных коэффициентов
Пол и возраст Застрахованного лица	0,2 - 5,0
Состояние здоровья Застрахованного лица	0,2 - 5,0
Наличие ранее перенесенных заболеваний	0,4 - 3,5
Профессия и род деятельности Застрахованного лица	0,3 - 5,0
Отношение Застрахованного лица к Страхователю	1,0 - 5,0
Отраслевая принадлежность, форма собственности и характер деятельности юридического лица- Страхователя	0,3 - 5,0
Количество лиц, принимаемых на страхование	0,5 - 5,0
Участие застрахованных лиц в оплате страховой премии	1,0 - 5,0
Прочие условия предоставления Страхователем- юридическим лицом медицинского страхования застрахованным лицам	0,5 - 5,0
Эпидемическая обстановка на момент заключения Договора страхования	0,5 - 3,0
Тарифная политика медицинского учреждения	0,5 - 5,0
Оснащенность и список услуг, оказываемых медицинским учреждением	0,5 - 5,0
Порядок получения медицинских услуг, установленный Договором страхования	0,5 - 2,0
Объем покрытия Программы	0,25 - 4,0
Установление в Договоре страхования ограничения количества страховых случаев, на которые распространяется страхование	0,2 - 1,0
Наличие штрафных санкции по отношению к Страховщику в Договоре страхования	1,0 - 5,0
Участие посредника в заключении Договора страхования, его тип и условия агентского договора	0,5 - 5,0
Установление в Договоре страхования лимитов страхового возмещения	0,4 - 1,0
Территория страхования	0,5 - 3,5
Статистика убытков за предыдущие периоды	0,5 - 3,0
Размер страховой суммы и порядок ее установления	0,5 - 5,0
Вид, размер и порядок установления франшизы	0,4 - 1,0
Комплексное страхование	0,5 - 1,0
Группа риска Страхователей, в отношении которых осуществляется таргетированный андеррайтинг	0,5 - 2,5
Коэффициент за оплату премии в рассрочку	1,0 - 5,0
Страхование на срок, отличный от 1 года	0,05 - 5,0
Страхование в валютном эквиваленте	0,5 - 3,5
Уменьшение или увеличение доли нагрузки в структуре страхового тарифа	0,23 - 5,75
Изменение перечня применяемых исключений (в том числе случаев, не являющихся страховыми, случаев освобождения Страховщика от за	0,6-5,0 каждое

страховой выплаты, отказов в страховой выплате, принимаемых на исключение/страхование объектов), а также страховых рисков или иных условий параметров, расширение или сужение которых предусмотрено Правилами страхования, в том числе путем применения Оговорок, предусмотренных Договором страхования.

Конкретный размер поправочного коэффициента определяется экспертом Страховщика.

При одновременном действии обстоятельств, повышающих или понижающих вероятность страхового случая и размер убытков от его наступления, соответствующие поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам перемножаются.

Страховщик также имеет право при заключении конкретного Договора страхования уменьшать или увеличивать долю нагрузки в структуре тарифной ставки.

При уменьшении или увеличении доли нагрузки в структуре страхового тарифа Страховщик имеет право применять соответствующий понижающий или повышающий коэффициент к базовому страховому тарифу.