

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК»**

УТВЕРЖДЕНО
Генеральный директор

Аршинова Надежда Витальевна
(Приказ №36С-22 от
«11» апреля 2022 г.)

ПРАВИЛА
добровольного медицинского страхования
иностранных граждан и лиц без гражданства,
находящихся на территории Российской Федерации

(№90-04)

г. Санкт-Петербург
2022

СОДЕРЖАНИЕ

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ПОНЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ.....	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	4
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	5
4.СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ.	5
5.ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.	8
6. СТРАХОВАЯ СУММА.....	8
7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС.	8
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.....	9
9.ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ ИЛИ УЩЕРБА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	11
10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.	13
11. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	14
12.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.	14
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	17
Приложение 1 Страховые тарифы	19
Приложение 2 Программы страхования.....	21

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ПОНЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ.

1.1. Настоящие правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства (далее - Правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящими Правилами определяются условия, на основании которых АО СК «Двадцать первый век» («Страховщик») заключает договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства (в том числе при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации) в рамках настоящих Правил (далее – Договор страхования) является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик несет обязанность по организации, оказанию или оплате при обращении застрахованного лица в период действия договора в медицинскую организацию медицинских услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Российской Федерации (далее – программа страхования), предусмотренной договором страхования.

Договор добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Российской Федерации заключается путем оформления и выдачи страхователю Полиса добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Российской Федерации (далее – полис ДМС).

На условиях настоящих Правил Договоры страхования (полис ДМС) заключаются в пользу Застрахованных лиц.

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации (далее – Программа страхования) и обеспечивает Застрахованным лицам получение необходимых медицинских услуг, предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования.

1.4. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил положения настоящих Правил становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

1.5. Термины, используемые в Правилах:

1.5.1. **Полис ДМС (Договор страхования)** - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования;

1.5.2. **Страховая выплата** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования;

1.5.3. **Срок действия договора ДМС (срок страхования)** - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором страхования, и, соответственно, наступление страхового случая влечет за собой обязательства страховщика по страховой выплате;

1.5.4. **Программа добровольного медицинского страхования** - перечень медицинских услуг, которые Застрахованное лицо, в соответствии с условиями Договора страхования, может получить в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной соответствующим Договором страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования;

1.5.5. **Сервисные компании** - сервисные или ассистанские компании и учреждения, указанные в договоре страхования, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию и/или оказание услуг, предусмотренных настоящими Правилами;

1.5.6. **Медицинская помощь** - комплекс мероприятий, включающих медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, направленные на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья;

1.5.7. **Неотложная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая Застрахованному

лицу при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

1.5.8. Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость;

1.5.9. Медицинские учреждения - имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, на территории Российской Федерации, оказывающие в соответствии с договором со Страховщиком (Сервисной или ассистанской компанией) лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги) по добровольному медицинскому страхованию.

1.5.10. Медико-транспортные услуги - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования;

1.5.11. Услуги по репатриации - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного или останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования;

1.5.12. Франшиза – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями страхования.

Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в Договоре, наличие временной франшизы указывается в Программе. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). Франшиза может быть установлена по Договору, по Программе, по одному риску либо по их комбинации.

Условная франшиза – франшиза, при которой полностью возмещается ущерб, если он превышает сумму условной франшизы.

Безусловная франшиза – франшиза, которая вычитается из любой суммы ущерба.

1.6. При наличии противоречий между положениями Договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Страховщик - АО СК «Двадцать первый век», осуществляющее страховую деятельность и имеющее лицензию, выданную органом страхового надзора, на право заниматься данным видом страхования.

2.2. Страхователь - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком Договор страхования в пользу застрахованного лица.

2.3. Субъектами (участниками) добровольного медицинского страхования в рамках настоящих Правил могут выступать также медицинские, ассистанские (сервисные) компании, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

– к медицинским организациям относятся российские юридические лица всех форм собственности, а также физические лица, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление медицинской деятельности;

– к ассистанским (сервисным) организациям (компаниям) относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

2.4. Застрахованные лица (Застрахованные) - названное в договоре страхования физическое

лицо, на случай наступления в жизни которого определенного события (страхового случая) заключается договор страхования. Договор страхования может быть заключен в отношении нескольких Застрахованных.

Застрахованным лицом может выступать иностранный гражданин или лицо без гражданства, временно и законно въезжающий или пребывающий на территории Российской Федерации (в том числе осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента), при этом если указанное в договоре страхования застрахованное лицо имеет вид на жительство в Российской Федерации и/или двойное гражданство (в том числе Российской Федерации), указанные лица не могут быть застрахованы, если иное не предусмотрено договором страхования.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

3.1. **Объектом** добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с его затратами на получение медицинской помощи и иных услуг при возникновении страхового случая, в порядке и на условиях настоящих Правил ..

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ.

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

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

4.2 Договор страхования (с учетом исключений из числа страховых рисков и страховых случаев, указанных в п.п.4.3.-4.5. настоящих Правил) заключается в отношении следующего страхового риска (на следующем условии): застрахованным является риск документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в медицинские учреждения за получением медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования для данного Застрахованного и соответствующей минимальным (стандартным) требованиям, установленным Указанием Банка России №3793-У от «13» сентября 2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности» и Указанием Банка России № 5974-У от «11» октября 2021 г. «О внесении изменений в Указание Банка России от 13.09.2015 N 3793-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

4.3 Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи со следующими основаниями:

4.3.1. Внезапные острые заболевания, состояния, обострение хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни застрахованного лица и требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме;

4.3.2. Патологические состояния и травмы, возникшие у застрахованного лица в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических, психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.3.3. Травматические повреждения или иные расстройства здоровья, наступившие в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

4.3.4. Покушение застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.3.5. Умышленное причинение себе телесных повреждений застрахованным лицом, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.3.6. Особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, чума, холера, вирусные

геморрагические лихорадки, полиомиелит, лепра, малярия (ТОРС), иные заболевания, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и состояний, представляющих опасность для окружающих;

4.3.7. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;

4.3.8. Иммунодефицитные состояния;

4.3.9. ВИЧ-инфекция, СПИД;

4.3.10. Туберкулез независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.3.11. Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образования головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев);

4.3.12. Острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени;

4.3.13. Сахарный диабет I и II типа;

4.3.14. Лучевая болезнь;

4.3.15. Демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;

4.3.16. Наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки;

4.3.17. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;

4.3.18. Заболевания, послужившие основанием для установления застрахованному лицу инвалидности I или II группы;

4.3.19. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;

4.3.20. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;

4.3.21. Ронхопатия, апноэ во сне;

4.3.22. Ожирение;

4.3.23. Аллергические реакции (реакции гиперчувствительности), atopические заболевания и им подобные, не требующие неотложной помощи;

4.3.24. Психические заболевания, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания.

4.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в случае обращения Застрахованного лица за медицинской помощью:

4.4.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом;

4.4.2. Оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи;

4.4.3. Профилактические и оздоровительные мероприятия, иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;

4.4.4. Лабораторные исследования: все виды гормональных исследований, бактериологические исследования, вирусологические исследования, микологические исследования, паразитологические исследования, ПЦР диагностика;

4.4.5. Инструментальные исследования: эхокардиография, сосудистая доплерография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопные исследования;

4.4.6. Лечебные и диагностические манипуляции: внутривенные капельные, внутрисуставные, парабульбарные инъекции в амбулаторных условиях; подбор контактных линз; подбор очков;

4.4.7. Медицинские услуги, связанные с беременностью, осложнением беременности, родовспоможением, послеродовым периодом и абортми;

4.4.8. Диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов;

4.4.9. Диагностические и лечебные мероприятия, связанные с лазерной коррекцией зрения, аппаратные методы лечения в офтальмологии, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);

4.4.10. Методы нетрадиционной диагностики и терапии;

4.4.11. Лечение средствами природного происхождения;

- 4.4.12. Традиционные системы оздоровления;
- 4.4.13. Аппаратная диагностика в офтальмологии: HRT (ретиальная томография), пахиметрия, визоконтрастопериметрия;
- 4.4.14. Трансплантология;
- 4.4.15. Догоспитальное обследование;
- 4.4.16. Экстракорпоральные методы лечения;
- 4.4.17. Робот-ассистированные операции;
- 4.4.18. Индивидуальный медицинский пост;
- 4.4.19. Физиотерапевтическое и восстановительное лечение, включая восстановительное аппаратное лечение нарушений двигательной функции костно-мышечной системы;
- 4.4.20. Оказание стоматологической помощи;
- 4.4.21. Лечение солнечных ожогов и иных острых изменений кожного покрова, вызванных воздействием ультрафиолетового излучения;
- 4.4.22. Ортодонтические виды лечения;
- 4.4.23. Помощь на дому;
- 4.4.24. Покрытие расходов на лекарственные препараты (кроме случаев, предусмотренных программой страхования), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства: протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, сетки, петли, мочеточниковые стенты; металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы; кардиостимуляторы, стенты, баллоны, проводники для проведения ангиопластики и стентирования, полимерные фиксирующие повязки, тугоры, ортезы, брейсы.
- 4.4.25. Покрытие расходов на проведение плановых операций и госпитализаций.
- 4.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение (организацию) вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
 - гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 4.6. В Программе страхования (с учетом соответствующих исключений из числа страховых рисков и страховых случаев) указываются конкретные виды и объем медицинской помощи, оплачиваемой страховщиком при наступлении страхового случая, которая обеспечивает получение медицинской помощи застрахованному лицу при условии предоставления данных услуг строго по медицинским показаниям в рамках программы добровольного медицинского страхования.
- 4.7. Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования Программы страхования являются приложением к соответствующим договорам страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования. Перечень медицинских услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.
- 4.8. По настоящим Правилам Страховщик заключает Договор страхования в отношении нижеуказанных физических лиц исключительно при условии, что до заключения Договора в письменном Заявлении на страхование Страховщик был уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лиц, заявленных на страхование, как о существенном обстоятельстве, влияющем на вероятность наступления страхового случая (оценку страхового риска Страховщиком). Если иное не предусмотрено Договором страхования, обязательное предварительное уведомление Страховщика требуется в отношении следующих лиц, заявленных на страхование:
- старше 65 лет;
 - являющихся инвалидами первой, второй или третьей группы по любому заболеванию;
 - больных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) или являющихся носителями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
 - состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции;
 - находящихся на стационарном лечении.
- При невыполнении условия п.4.8. настоящих Правил Страховщик вправе потребовать признания

заключенного в отношении вышеуказанного физического лица Договора страхования недействительным с момента его заключения в установленном действующим законодательством порядке.

5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

5.1. Территорией страхования (территорией, в пределах которой последствия событий, имеющих признаки страхового случая, покрываются страхованием) является вся территория Российской Федерации.

6. СТРАХОВАЯ СУММА.

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

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем для каждого Застрахованного лица и указывается в Договоре страхования. При этом страховая сумма, в пределах которой Страховщик при наступлении страховых случаев, произошедших в период действия договора страхования, обязуется оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги (медицинскую помощь) (произвести страховые выплаты), должна быть не менее 100 000 (Ста тысяч рублей) на каждого Застрахованного на период страхования, если иное не предусмотрено договором страхования .

6.2 Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого перечня конкретных видов и объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских услуг), предусмотренных программой страхования.

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

Если в договоре страхования прямо не оговорено иное, страховая сумма в Договоре страхования является агрегатной страховой суммой.

Агрегатная страховая сумма – денежная сумма, уменьшаемая после выплаты страхового возмещения, в пределах которой страховщик обязуется выплатить страховое возмещение за весь срок действия Договора страхования.

После исчерпания агрегатной страховой суммы Договор страхования прекращает свое действие, о чем страховщик обязан уведомить застрахованное лицо.

6.3.1. Страховщик обязан уведомить страхователя и застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

6.4 Страховые суммы устанавливаются в российских рублях.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС.

7.1 Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

Страховой взнос - часть страховой премии при уплате ее в рассрочку.

7.2 При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования. Размер страховой премии, подлежащей уплате, указывается в договоре страхования, а также в платежных документах Страховщика для оплаты Страхователем страховой премии по договору страхования (квитанция, чек, счет) .

7.3. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем одновременно -

разовым платежом за весь срок действия Договора страхования, если Договором не предусмотрено иное.

Если страховая премия не была уплачена Страхователем или была уплачена не в полном объеме в срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, при этом полученная в неполном объеме страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления денежных средств на расчетный счет или кассу Страховщика. Во всех случаях страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется исключительно на страховые случаи, произошедшие после даты оплаты страховой премии в полном объеме.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия Договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия пребывания в Российской Федерации, разрешения на работу или патента.

8.2. Договор страхования может содержать различные программы страхования из числа действующих у Страховщика программ страхования. Перечень медицинских услуг в рамках конкретной программы страхования, а также сама программа страхования и любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

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

- о застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках оплаты страховой премии;
- о перечне медицинских услуг, соответствующих Программе страхования.

8.4. Страховщик обязан при заключении Договора страхования вручить Страхователю Правила страхования, памятку для застрахованного лица и программу(ы) страхования, что удостоверяется соответствующей записью в Договоре страхования. В Договоре страхования подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством РФ. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

8.5. При заключении Договора страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить дополнительный медицинский осмотр Застрахованного лица (лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

8.6. При заключении Договора Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, в т.ч. о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного хронических заболеваний и патологиях, ВИЧ-инфекции, СПИДе, любых формах гепатита, злокачественных и доброкачественных новообразованиях, психических заболеваниях и состояниях, беременности.

8.7. Страхователь обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему изменениях страхового риска, происходящих в период действия Договора.

8.8. При заключении Договора Страховщик вправе потребовать предоставить кроме заявления на страхование следующие документы:

- документы, удостоверяющие личность Страхователя (для Страхователей — физических лиц);
- документы, удостоверяющие правоспособность Страхователя — юридического лица;
- документы, подтверждающие личность и полномочия представителя (если Договор заключается представителем);

- документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного, включая результаты медицинского обследования Застрахованного. При заключении Договора в электронном виде обследование Страховщиком не осуществляется;
- копию документа, удостоверяющего личность принимаемого на страхование лица (лиц);
- копию документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации (визы и/или миграционной карты);
- выписку из медицинской организации, в которой принимаемое на страхование лицо (лица) проходило(и) лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового или гражданско-правового договора между принимаемым на страхование лицом (лицами) и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем.
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя (в случае их наличия);
- иную информацию, получаемую во исполнение законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.
- документы, подтверждающие совершение поездки (пребывание) в Российской Федерации.

8.9 Во исполнение законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма Страховщик обязан собирать, а Страхователь и (или) Застрахованные лица обязаны предоставлять иную, не перечисленную в п. 8.8 информацию и документы, в том числе:

- а) ИНН Страхователя,
- б) информацию о выгодоприобретателях и (или) бенефициарных владельцах;
- в) список Застрахованных лиц с указанием их фамилии, имени, отчества (при наличии), даты и места рождения, гражданства, адреса постоянной регистрации и/или фактического адреса проживания (пребывания), номера телефона, реквизитов документа, удостоверяющего личность, данных миграционной карты и документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание на территории Российской Федерации (в случае их наличия),
- г) иной информации о каждом принимаемом на страхование лице, получаемой во исполнение законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма;
- д) документы, позволяющие идентифицировать Страхователя – юридическое лицо (индивидуального предпринимателя):
 - заверенные надлежащим образом копии свидетельства о государственной регистрации, свидетельства о постановке на налоговый учет, учредительных документов, подтверждающих полномочия руководителя юридического лица;
 - доверенность от имени Страхователя (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения Договора страхования и Договор страхования, не обладает полномочиями на подписание документов и Договора страхования на основании учредительных документов);
 - выписку из Единого государственного реестра юридических лиц (индивидуальных предпринимателей) выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления Страховщику.

8.9.1 Для заключения Договора страхования Страховщик вправе потребовать у Страхователя предоставить следующие документы:

- копию документа, удостоверяющего личность принимаемого на страхование лица (лиц);
- копию документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации (визы и/или миграционной карты);
- выписку из медицинской организации, в которой принимаемое на страхование лицо (лица) проходило(и) лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового или гражданско-правового договора между принимаемым на страхование лицом (лицами) и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем.
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя (в случае их наличия);
- иная информация, получаемая во исполнение законодательства о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

8.10. Договор не действует за пределами Российской Федерации.

8.11. Договор страхования прекращается:

- 8.11.1. по истечении срока его действия (в 24.00 часа указанной в страховом полисе даты окончания страхования);
- 8.11.2. в момент выезда Застрахованного с территории Российской Федерации;
- 8.11.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств по Договору в полном объеме;
- 8.11.4. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Договором,

Программами и/или настоящими Правилами.

8.12. Договор может быть досрочно прекращен в любое время по письменному уведомлению одной из сторон (в том числе в связи с невыполнением другой стороной условий Договора) с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации. При прекращении Договора на основании п. 8.11.1. и п. 8.11.3 Правил возврат страховой премии не производится. При прекращении Договора в соответствии с п.8.11.2, а также в других случаях, когда возможность наступления страхового случая отпала, действие Договора прекращается с момента наступления такого события и Страхователю возвращается премия пропорционально неистекшему сроку действия Договора.

При этом возврат страховой премии осуществляется (если иное не установлено законодательством Российской Федерации, соглашением Сторон или Договором) в следующем порядке:

8.12.1 при досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя (отказе Страхователя от Договора), уплаченная Страховщику премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное.

8.12.2 частичный или полный возврат страховой премии осуществляется по представлению Страховщику оригиналов документов, указанных в п. 8.12.4. Правил.

8.12.3 В случаях, когда это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, страховая премия не возвращается при наступлении страхового случая по Договору

8.12.4. При досрочном прекращении Договора по требованию Страхователя, последний представляет Страховщику оригиналы следующих документов:

- заявление Страхователя;
- полис ДМС;
- документ удостоверяющий личность;

Заявление и документы на досрочное прекращение Договора должны быть представлены Страховщику до момента истечения срока действия страхования.

8.13. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором.

8.14. В случае досрочного прекращения Договора (если его условиями предусматривается возврат страховой премии) возврат страховой премии производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 8.12.2. Правил.

8.15. Факт заключения договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Договора страхования (Полиса) ДМС.

9.ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ ИЛИ УЩЕРБА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

9.1. При наступлении страхового случая Застрахованный (его представитель) обязан:

9.1.1. заблаговременно, до обращения, визита в медицинское учреждение, проинформировать Сервисную компанию по указанным в страховом полисе телефонам о случившемся происшествии и сообщить оператору следующую информацию: Фамилию, имя, Застрахованного; Номер Договора страхования (страхового полиса); Характер требуемой помощи; Местонахождение и номер телефона для обратной связи;

9.1.2. получить медицинскую помощь в строгом соответствии с инструкциями оператора;

9.1.3. предъявить медицинскому персоналу оригинал Договора страхования (страхового полиса);

9.1.4. уплатить франшизу в установленном размере, если она предусмотрена в Договоре страхования (страховом полисе);

9.1.5. согласовывать свои действия и следовать указаниям оператора Сервисной компании;

9.1.6. соблюдать предписания врача и распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.1.7. при невозможности связаться с Сервисной компанией в момент наступления страхового случая сделать это при первой возможности, но не позднее чем 48 часов после наступления страхового случая и предъявить Договор страхования (страховой полис), не оплачивая при этом услуги, предлагаемые или оказанные третьими лицами, без получения официального

подтверждения оператора Сервисной компании, зафиксировавшего обращение в базе данных Сервисной компании;

9.1.8. письменно обосновать Страховщику причину невыполнения требований п. 9.1.1. Правил и представить соответствующие подтверждающие документы.

9.2. После получения информации Сервисная компания организует оказание Застрахованному необходимых и предусмотренных Договором и Программой услуг, а Страховщик оплачивает расходы по оказанным Застрахованному услугам в соответствии с настоящими Правилами.

9.3. В случае самостоятельной оплаты медицинских услуг Застрахованный представляет Страховщику для возмещения понесенных расходов оригиналы следующих документов:

-Письменное заявление / обращение о случившемся с приложением полных банковских реквизитов (при выборе безналичной формы оплаты). Если Застрахованный не обращался в Сервисную компанию — заявление с обоснованием причин необращения;

-Договор (страховой полис);

-Медицинские документы, содержащие сведения о диагнозе, дате и состоянии здоровья Застрахованного при обращении за помощью, о проведенных медицинских манипуляциях и продолжительности лечения;

-Направления на прохождение лабораторных исследований с указанием дат, наименований и стоимости услуг;

-Счета-фактуры из медицинских учреждений (на фирменном бланке и с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, даты обращения, диагноза, продолжительности лечения, перечня оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, а также общей суммы к оплате;

-Документы, подтверждающие факт оплаты представленных счетов;

-Документы, подтверждающие факт оплаты счетов за репатриацию, в том числе справку о смерти с указанием причины, свидетельство о смерти, счетов организаций, осуществляющих транспортировку с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, иных документов, подтверждающих оказание услуги;

-Документы, подтверждающие родство с Застрахованным, и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного;

-Результаты медицинского осмотра врачом Страховщика, если Страховщик воспользовался своим правом, предусмотренным на осмотр Застрахованного после наступления страхового случая.

9.4. Для возмещения расходов Застрахованного, Страховщик принимает счета-фактуры только при наличии документов, подтверждающих факт оплаты медицинских услуг.

9.5. Заявление и документы, указанные в п. 9.3. Правил, должны быть представлены Страховщику в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента наступления страхового случая.

9.6. По требованию Страховщика предоставляются также:

9.6.1. документы, составляемые (оформляемые) уполномоченными органами в ходе проведения расследования по уголовному делу или делу об административном правонарушении о факте, обстоятельствах и причинах заявленного события;

9.6.2. документы по факту обжалования решений, принятых по уголовному делу или делу об административном правонарушении, либо исков (требований, претензий) о возмещении вреда судом;

9.6.3. документ, удостоверяющий личность заявителя. Если заявление подается через представителя, то предоставляются документы как в отношении лица, подающего заявление, так и в отношении получателя выплаты, а также документы, подтверждающие полномочия представителя (нотариально удостоверенная доверенность в отношении представителя физического лица или доверенность, заверенная юридическим лицом в отношении представителя юридического лица, с указанием на право получения выплаты (для случаев получения страховой выплаты представителем).

9.6.4. сведения и документы, необходимые для исполнения требований законодательства по противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и противодействию терроризму, в том числе, сведения и документы, необходимые для идентификации застрахованного лица, выгодоприобретателя и их представителей.

9.7. Договором может быть предусмотрен сокращенный список документов, необходимых для принятия решения о страховой выплате, в зависимости от застрахованного риска и избранной Страхователем Программы.

9.8. Все представляемые Страховщику документы должны быть оформлены на русском языке.

9.9. Решение о выплате страхового возмещения или об отказе в выплате принимается

Страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, указанных в п. 9.3. – 9.6. Правил. В течение трех рабочих дней с момента принятия решения Страховщик осуществляет выплату страхового возмещения, либо в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты Страховщик в письменном виде направляет в адрес Страхователя обоснованный отказ в выплате.

Страховщик вправе осуществить страховую выплату или направить мотивированный отказ ранее установленного срока.

9.10. Если у Страховщика возникла необходимость в проверке предоставленных документов, в направлении дополнительных запросов или по факту причинения вреда жизни и здоровью Страхователя (Застрахованного, третьих лиц) возбуждено уголовное дело, Страховщик увеличивает срок рассмотрения документов для принятия решения о признании или непризнании события страховым случаем.

9.11. В целях оценки фактического состояния здоровья после наступления страхового случая Застрахованного Страховщик с согласия Застрахованного оставляет за собой право запрашивать и получать информацию о состоянии здоровья Застрахованного.

9.12. Застрахованный, намеренный воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика обязан пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

Согласование места и времени проведения освидетельствования Застрахованного лица должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения освидетельствования Застрахованного лица по разработанной страховщиком форме;

- направления Страховщиком в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату, или Застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения освидетельствования Застрахованного лица - не менее двух вариантов времени на выбор;

- иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения освидетельствования застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику. При этом, если в соответствии с договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования, то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования.

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования в согласованную со Страховщиком дату, страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем).

9.13. Страховщик вправе принять решение о признании события страховым в отсутствие каких-либо документов, предусмотренных настоящим разделом Правил, в случае если отсутствие таких документов не влияет на возможности Страховщика установить обстоятельства события и определить размер страховой выплаты.

9.14. Если в Договоре предусмотрена безусловная франшиза (сумма, которая оплачивается Застрахованным врачу/медицинскому учреждению и не возмещается Страховщиком), то она действует при оплате расходов по каждому страховому случаю. В случае, когда все расходы по страховому случаю были оплачены Застрахованным/Страхователем, а в Договоре предусмотрена безусловная франшиза, Страховщик выплачивает страховое возмещение за вычетом данной суммы (франшизы).

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

10.1 В рамках настоящих Правил Страховщик в соответствии с условиями договора страхования осуществляет страховую выплату в денежной форме в случаях документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в указанные в Договоре страхования медицинские учреждения за получением медицинской помощи застрахованному лицу при условии предоставления данных

услуг строго по медицинским показаниям в объеме, предусмотренном программой страхования. Страховщик осуществляет страховую выплату в сроки, установленные п. 9.9 Правил.

10.2. Размер страховой выплаты определяется стоимостью предусмотренной Договором страхования медицинской помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в Договоре страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

10.3. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по Договору страхования вправе заключать соответствующие Договоры с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями (организациями), находящимися на территории РФ, сервисными компаниями, научно-исследовательскими институтами, лабораториями, медицинскими центрами и клиниками.

10.4. Медицинские учреждения (организации), сервисные компании и иные учреждения (организации) в соответствии с Договором, заключенным со Страховщиком, оказывают медицинскую помощь (услуги) Застрахованному, предусмотренные Договором страхования и выбранными программами.

10.5. Страховщик вправе проверить соответствие оказываемых Застрахованному услуг, оговоренных в Договоре страхования, сроки предоставления, а также провести экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица).

11. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

11.1. В течение срока действия Договора страхования Застрахованное лицо, являющееся выгодоприобретателем, и Страхователь обязаны незамедлительно (не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю станет известно) письменно сообщить Страховщику обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования.

11.2. Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, Заявлении на страхование, Программе страхования, а также в переданных Страхователю (Застрахованному лицу) Правилах страхования.

11.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии (взноса) соразмерно увеличению страхового риска.

11.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии (страхового взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

11.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

12.1 Права и обязанности сторон:

12.1.1 Страховщик обязан:

- вручить Договор (страховой полис) с приложением настоящих Правил или экземпляр Договора;
- по требованию Страхователя, Застрахованных лиц, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор, разъяснить положения, содержащиеся в Правилах и Договоре, расчет изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчет страховой выплаты;
- при признании случая страховым произвести страховую выплату в установленный настоящими Правилами срок;
- не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц, если такая обязанность не возложена на Страховщика в силу закона;
- по требованиям страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих

намерение заключить договор страхования, предоставить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховым агентам, а также расчеты страховой выплаты

- в случае просрочки уплаты страховой премии/очередного страхового взноса информировать Страхователя о факте просрочки и о последствиях неоплаты;

- информировать Страхователя по вопросам, связанным с исполнением договора страхования. Все уведомления, направляемые Страховщиком Страхователю (Выгодоприобретателем) считаются сделанными надлежащим образом, если они направлены:

- посредством почтовой связи на адрес места жительства (места временного пребывания) Страхователя (Выгодоприобретателя)- физического лица, либо на иной адрес, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему, в заявлении на выплату. В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика;

- посредством почтовой связи на адрес места нахождения юридического лица, либо на иной адрес, указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему, заявлении на выплату. В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика. В любом случае, считается надлежащим уведомление, направленное на адрес места нахождения Страхователя (Выгодоприобретателя), указанный в ЕГРЮЛ на дату направления уведомления;

- посредством электронной почты на адрес Страхователя (Выгодоприобретателя), указанный Страхователем в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему, заявлении на выплату. В случае изменения такого адреса, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика;

- посредством телефонной связи на номер мобильного телефона, указанный Страхователем (Выгодоприобретателем) в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему, заявлении на выплату. В случае изменения такого номера телефона, Страхователь обязан уведомить об этом Страховщика;

- посредством размещения информации на официальном сайте Страховщика.

12.1.2. Страхователь обязан:

- своевременно уплатить страховую премию (уплачивать страховые взносы);

- при заключении Договора сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;-

- давать письменные разъяснения на запросы Страховщика, связанные со страховым случаем, а также предоставить документы, необходимые для принятия решения о выплате страхового возмещения.

- предоставить Страховщику сведения и документы, необходимые для исполнения требований законодательства по противодействию легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путём и противодействию терроризму.

- своевременно информировать Страховщика по вопросам, связанным с исполнением договора страхования

Все уведомления, направляемые Страхователем (Выгодоприобретателем) Страховщику считаются сделанными надлежащим образом, если они направлены:

- на адрес места нахождения Страховщика;

- на адрес электронной почты Страховщика, указанный в договоре страхования, страховом полисе, приложениях и дополнениях к нему, либо на официальном сайте Страховщика.

12.1.3. Страховщик имеет право:

- при заключении Договора произвести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья (за исключением случаев электронного страхования);

- проводить проверку представленных для решения вопроса о признании события страховым случаем и осуществления размера страховой выплаты документов;

- запрашивать сведения у организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, в том числе о состоянии здоровья Застрахованного;

- провести медицинское обследование Застрахованного лица по направлению Страховщика после наступления страхового случая;

- в случае, если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику отказать в выплате страхового возмещения, отсрочить выплату до выяснения всех обстоятельств;

- приостановить составление страхового акта и выплату страхового возмещения в том случае, если производилась независимая экспертиза причин и обстоятельств наступления страхового случая и размера ущерба, а также, если в отношении страхового случая начато судебное разбирательство;
- приостановить составление страхового акта и выплату страхового возмещения в том случае, если лицом, обратившимся за страховой выплатой, не представлены банковские реквизиты или другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке - до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.
- отказать Страхователю (заявителю) в приёме на обслуживание (заключении договора страхования), приёме страховых взносов, отказать Страхователю или иному иному получателю в безналичном перечислении (или выдаче наличных денежных средств) сумм страхового возмещения или иных денежных средств в случаях, установленных законодательством Российской Федерации. В случае такого отказа Страховщик предоставляет Страхователю (заявителю, иному получателю), информацию о дате и причинах принятия соответствующего решения в порядке, установленном настоящими Правилами в срок не позднее пяти рабочих дней со дня принятия такого решения. Решения Страховщика об отказе в приёме страховых взносов, отказе Страхователю или иному получателю в безналичном перечислении (или выдаче наличных денежных средств) сумм страхового возмещения или иных денежных средств, подлежат пересмотру после того, как основания для таких отказов отпали.

12.1.4. Страхователь имеет право:

- на своевременное получение страхового полиса (Договора);
- требовать разъяснений положений, содержащихся в Правилах и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

12.1.5. Застрахованный имеет право:

- на получение страховой выплаты на условиях и в сроки, предусмотренные Договором;
- требовать разъяснений положений, содержащихся в Правилах и Договоре, расчетов изменения в течение срока действия Договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

12.1.6. Застрахованный, намеренный воспользоваться своим правом на получение страховой выплаты, по требованию Страховщика обязан пройти медицинское освидетельствование по направлению Страховщика.

12.2. Права и обязанности сторон Договора страхования по использованию персональных данных:

12.2.1. Страхователь, заключая Договор страхования на условиях настоящих Правил страхования, а также Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, подтверждают свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя и Застрахованного лица, указанных в п.12.2.2 Правил страхования, для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц от мошенничества, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

12.2.2. Персональные данные Страхователя (Застрахованных лиц) включают в себя: фамилию, имя, отчество (при наличии), дату и место рождения, гражданство, адрес регистрации и места фактического проживания, контактный телефон, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина (лица без гражданства) на пребывание на территории Российской Федерации (визы и/или миграционной карты), сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, их заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

12.2.3. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным учреждениям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской и иной помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные

базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

12.2.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

12.2.5. Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь (Застрахованное лицо) дает свое согласие на обработку персональных данных с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя (Застрахованного лица) на обработку персональных данных действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

12.2.6. При заключении со Страховщиком Договора коллективного медицинского страхования Страхователь, обязан брать у каждого принимаемого на страхование лица письменное согласие на передачу и обработку его персональных данных, по форме, установленной Страховщиком, и передавать его Страховщику не позднее 10 календарных дней с момента заключения Договора страхования.

12.2.7. Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя (Застрахованного лица) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/отзыва согласия на обработку персональных данных.

12.2.8. При поступлении письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования.

12.2.9. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

12.2.10. Отзыв Страхователем или Застрахованным лицом согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления указанных лиц о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие Договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

12.3. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон в зависимости от застрахованного риска и Программ.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, вытекающие из Договоров страхования, заключенных на основании настоящих правил страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

13.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования до предъявления к Страховщику иска, Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими заявленные требования.

13.3. К претензии должны быть приложены документы, соответствующие требованиям законодательства РФ к их оформлению и содержанию, предусмотренные правилами страхования (условиями Договора страхования) и подтверждающие обоснованность требований Страхователя (Выгодоприобретателя).

13.4. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подается или направляется в адрес страховщика по месту принятия от Страхователя (Выгодоприобретателя) заявления о страховом случае.

13.5. Претензия Страхователя (Выгодоприобретателя) с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня поступления.

13.6. В случае если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

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

в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена советом службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

13.8. В случаях, предусмотренных Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

Приложение №1
к Правилам добровольного
медицинского страхования
иностранных граждан и лиц без
гражданства, находящихся на
территории Российской
Федерации

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, НАХОДЯЩИХСЯ
НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(в процентах от страховой суммы)

Программа страхования	Брутто-ставка по договору (в % от страховой суммы)
Программа добровольного медицинского страхования «Мигрант 1»	2,08
Программа добровольного медицинского страхования «Мигрант 2»	1,57
Программа добровольного медицинского страхования «Мигрант 3»	0,90
Программа добровольного медицинского страхования «Мигрант 4»	1,08
Программа добровольного медицинского страхования «Мигрант 5»	0,53

К настоящим тарифным ставкам Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от региона пребывания (диапазон поправочных коэффициентов от 0,3 до 4,0), профессии Застрахованного (диапазон поправочных коэффициентов от 0,1 до 5,0), численности Застрахованных (диапазон поправочных коэффициентов от 0,1 до 2,0), размера страховой суммы (диапазон поправочных коэффициентов от 0,8 до 3,0), возраста Застрахованного (диапазон поправочных коэффициентов от 0,1 до 5,0), состояния здоровья Застрахованного, в том числе психического расстройства, нервных заболеваний, слабоумий, инвалидности (диапазон поправочных коэффициентов от 0,1 до 10,0), хобби, занятия спортом Застрахованного (диапазон поправочных коэффициентов от 0,1 до 10,0), иных факторов, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (повышающие от 1,01 до 10,0, понижающие от 0,01 до 0,99).

Базовые тарифные ставки рассчитаны для структуры тарифных ставок с нагрузкой 70%. В случае заключения договора страхования с применением структуры тарифных ставок с иным значением нагрузки базовые тарифы умножаются на расчетные поправочные коэффициенты, указанные в таблице:

Нагрузка, %	75%	80%	85%	90%
Повышающий коэффициент	1.2	1.5	2.0	3.0

Значения поправочных коэффициентов определяются андеррайтером при проведении оценки риска и расчета страхового тарифа с учетом значимости и величины влияния конкретного фактора и текущего уровня убыточности страхового портфеля по данному виду страхования, а также конкретных условий договора страхования.

Итоговый поправочный коэффициент, применяемый Страховщиком к базовому страховому тарифу, рассчитывается как произведение повышающих и понижающих коэффициентов.

Приложение 2 Программы страхования

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ К ДОГОВОРУ (ПОЛИСУ) ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМЕ ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Программа страхования «МИГРАНТ 1»

Настоящая Программа добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Программа) регламентирует оказание в течение срока действия Договора добровольного медицинского страхования Застрахованному иностранному гражданину или лицу без гражданства, въехавшим в Российскую Федерацию с целью временного осуществления трудовой деятельности и находящимся на территории Российской Федерации на законных основаниях, различных видов первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, оказываемой при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, травмах или отравлении без явных признаков угрозы жизни пациенту, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания Банка России от 13.09.2015 N 3793-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства". Медицинское обслуживание производится на базе медицинских и/или иных учреждений, согласованных с Сервисной компанией и Страховщиком

Медицинское обслуживание производится на базе медицинских и/или иных учреждений, согласованных с Сервисной компанией и Страховщиком

1. Страховой риск:

Страховыми случаями являются предполагаемые события из числа перечисленных в настоящем пункте и произошедшие на территории Российской Федерации и в течение срока действия договора страхования, а именно документально подтвержденное обращения Застрахованного лица в медицинские учреждения за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме застрахованному лицу при условии предоставления данных услуг строго по медицинским показаниям в объеме, предусмотренном программой страхования.

2. Порядок оказания медицинских услуг

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования (Полисе), и строго следовать указаниям Сервисной компании.

3. Объем организуемых и оплачиваемых Страховщиком услуг.

Страховая компания организует и оплачивает следующие медицинские услуги в пределах страховой суммы

- 1) первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме, вызванные внезапным заболеванием и/или обострением хронического заболевания Застрахованного лица,
- 2) первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме, вызванные травмой и/или отравлением Застрахованного лица,
- 3) стоматологическая помощь в неотложной форме,
- 4) медико-транспортные услуги и услуги репатриации.

3.1 При оказании первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме:

3.1.1. Первичные осмотры и контрольные осмотры, выполняемые по медицинским показаниям врачами терапевтами, врачами терапевтами участковыми, врачами общей практики, врачами-специалистами (хирургом, травматологом, урологом, кардиологом, офтальмологом,

отоларингологом, гинекологом) с назначением обследования и лечения в амбулаторных условиях.

3.1.2. Лечение в амбулаторных условиях: выполнение по медицинским показаниям неотложных вмешательств в амбулаторных условиях, проводимых под местной анестезией.

3.1.3. Диагностические услуги (оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения в соответствии с медицинскими показаниями): рентгенологические исследования, функциональная диагностика (ЭКГ), лабораторная диагностика: общеклинические анализы крови и мочи, общетерапевтический биохимический анализ крови, ультразвуковые исследования. При наличии медицинских показаний выполнение контрольных лабораторных анализов.

3.2. При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме:

3.2.1. вызов скорой медицинской помощи (далее - СМП) и транспортировка Застрахованного СМП до ближайшего медицинского учреждения, указанного Страховщиком/Сервиной компанией;

3.2.2. лечение в стационарных условиях, включая проведение диагностических исследований; оперативные вмешательства; лечение, в том числе в условиях интенсивной терапии, с применением назначенных врачами лекарственных препаратов, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

3.2.3. пребывание в стандартной (общей) палате.

3.3. При оказании стоматологической помощи в неотложной форме:

3.3.1. терапевтическое лечение: купирование острой зубной боли,

3.3.2. хирургическое лечение: удаление зубов, вскрытие абсцессов.

3.3.3. местная анестезия.

Стоматологические услуги оказываются в форме первично-медико санитарной и специализированной помощи.

3.4. При оказании медико-транспортных услуг и услуг по репатриации:

3.3.1. транспортировка Застрахованного по медицинским показаниям:
-машиной скорой помощи или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории РФ;
-адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в другое медицинское учреждение на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача)

3.3.2. транспортировка останков до транспортного узла ближайшего к месту, где проживал Застрахованный

4. Страховщик не включает в программу «МИГРАНТ 1» оплату медицинских услуг:

- 1) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 2) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- 3) по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 5) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

6) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

7) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

8) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

Настоящей Программой предусмотрено оказание Застрахованному лицу амбулаторной и/или стационарной медицинской помощи, оказываемой при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, травмах или отравлениях, до купирования неотложного состояния. Медицинское обслуживание производится на базе медицинских и/или иных учреждений, согласованных с Сервисной компанией и Страховщиком.

1. Страховыми случаями являются предполагаемые события из числа перечисленных в настоящем пункте и произошедшие на территории Российской Федерации и в течение срока действия договора страхования, а именно обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение, сервисную компанию за медицинской помощью до купирования неотложного состояния.

2. Порядок оказания медицинских услуг

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования (Полисе), и строго следовать указаниям Сервисной компании.

3. Объем предоставляемых услуг:

3.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь в неотложной форме»:

- консультация врача-терапевта и/или специалиста (не более 3 консультаций любого специалиста в течение действия договора страхования);
- гипсовая иммобилизация, перевязки.

3.2. «Стационарная помощь» - госпитализация не более 15 дней в течение срока действия договора.

Оказывается при возникновении состояний, требующих оказания медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи:

- оперативные вмешательства (включая анестезиологическое пособие) с учетом исключений по поводу заболевания/состояния;
- реанимационные мероприятия по поводу заболевания/состояния;
- медикаментозное лечение (в рамках стоимости койко-дня без использования дорогостоящих и учетных препаратов);
- размещение в 4-6 местной палате, питание, уход медицинского персонала;

3.2.1 «Лабораторные методы исследования»: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические - не более 5-ти исследований каждого вида в течение срока действия договора страхования;

3.2.2. «Инструментальные методы исследования»: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентген — не более 2 любых исследований по одному заболеванию строго по назначению врача;

3.3. Выдача листков нетрудоспособности, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий.

3.4. Медико-транспортные услуги:

«Услуги неотложной скорой помощи»:

- вызов скорой помощи и проведение диагностических и лечебных мероприятий Застрахованному лицу на месте;
- транспортировка машиной скорой помощи Застрахованного лица в одну из ближайших больниц;
- транспортировка в другое медицинское учреждение по медицинским показаниям;

3.5. Страховщик оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

4. Исключения из страхового покрытия:

4.1 События, указанные в п.1 и в п.3 настоящей Программы, не являются страховыми случаями и страховое возмещение по ним не выплачивается, если они наступили вследствие:

4.1.1 совершения Застрахованным лицом противоправных действий, подтвержденным компетентными органами РФ;

4.1.2 совершения Застрахованным лицом умышленных действий, направленных на наступление страхового случая;

4.1.3 алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;

4.1.4 самоубийства (покушения на самоубийство) или умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений;

4.1.5 неполного выздоровления Застрахованного лица или нахождения его в процессе лечения на дату начала действия договора, а также, если в отношении Застрахованного лица существовали медицинские противопоказания для осуществления поездки;

4.1.6 нарушения Застрахованным лицом правил дорожного движения, руководств, инструкций по эксплуатации предметов, устройств, механизмов, приборов и т.п.; нарушения Застрахованным лицом правил безопасности, в том числе при занятиях любыми видами организованного, любительского, профессионального спорта и при выполнении любых форм работы в связи с любым ремеслом или профессией;

4.1.7 военных действий, маневров, иных военных мероприятий, гражданских войн, забастовок, мятежей, народных восстаний, волнений всякого рода или диверсий, террористических актов, массовых беспорядков и прочих подобных событий;

4.1.8 воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или иного вида поражения вследствие применения оружия массового поражения и их последствий;

4.2. Не признаются страховыми случаями события, указанные в п.1 и в п.3 настоящей Программы и не оплачиваются медицинские, медико-транспортные расходы, возникшие и связанные с:

4.2.1 любыми онкологическими заболеваниями (в т.ч. доброкачественные новообразования) всех органов и систем и их осложнений;

4.2.2 особо опасными инфекциями (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, включая «атипичную пневмонию», SARS и др.);

4.2.3 заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП, в т.ч. герпеса); венерическими «классическими» заболеваниями (сифилис, гонорея, шанкроид, лимфогрануломатоз венерический); любыми урогенитальными патологиями при верификации ЗППП; подтвержденными иммунодефицитными состояниями, ВИЧ-инфекцией; СПИДом;

4.2.4 психическими заболеваниями, расстройствами поведения и их последствий, а также различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы (помощь ограничивается первичной консультацией); эпилепсией и эпилептиформным синдромом;

4.2.5 любыми профессиональными заболеваниями, лучевой болезнью;

4.2.6 заболеваниями туберкулезом, саркоидозом, лепрой, муковисцидозом, амилоидозом, фиброзирующим альвеолитом независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.2.7 острым и хроническим гепатитом любой этиологии, фиброзом, циррозом печени;

4.2.8 заболеваниями (в т.ч. сердца, сосудов и нервной системы), требующие восстановительно-реконструктивного хирургического лечения, в том числе высокотехнологической помощи (ангиография, стентирование и т.д.);

4.2.9 заболеванием сахарным диабетом (I и II типа) и его осложнений (ретинопатии, ангиопатии, нейропатии, дерматита);

4.2.10 системными заболеваниями соединительной ткани, в том числе воспалительной артропатии и спондилопатии, ревматоидного артрита; всех недифференцированных коллагенозов; болезни Бехтерева;

4.2.11 заболеваниями, сопровождающимися хронической сердечной и легочно-сердечной недостаточностью;

4.2.12 заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной и печеночной недостаточностью, том числе требующих проведения экстракорпоральных методов лечения;

- 4.2.13 заболеваниями крови неопластического генеза, хроническими заболеваниями крови, тромбоцитопении до постановки диагноза;
- 4.2.14 дегенеративными и демиелинизирующими болезнями нервной системы, центральными и периферическими параличами, рассеянным склерозом, нейросенсорной потерей слуха;
- 4.2.15 заболеваниями органов и тканей, требующих их трансплантации, имплантации, все виды протезирования и эндопротезирования (в т.ч. в стоматологии, офтальмологии);
- 4.2.16 гнойно-воспалительными заболеваниями;
- 4.2.17 хроническими заболеваниями, обострениями, последствиями и осложнениями хронического заболевания, за исключением экстренных медицинских расходов для снятия угрозы жизни в размере не более 30 000 рублей;
- 4.2.18 нарушением менструального цикла.

4.3. Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:

- 4.3.1 без медицинских показаний или выполняемых по желанию Застрахованного лица, либо предписанных врачами медицинских учреждений без согласования со Страховщиком;
- 4.3.2 на дому (медицинские услуги, уход);
- 4.3.3 в стоматологии: все виды стоматологических услуг

4.4. Страховщик в любом случае не покрывает следующие расходы:

- 4.4.1 на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов при амбулаторном лечении, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантантов, других дополнительных медицинских устройств и приспособлений, расходных материалов индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства; а также на покупку средств медицинской техники (приборы, трости, костыли, коляски и т.п.)
- 4.4.2 на лечение врожденных аномалий и пороков развития; лечение наследственных и генетических заболеваний (включая ортопедические заболевания, хромосомные нарушения, болезни обмена веществ), лечение ятрогенных заболеваний;
- 4.4.3 на обследование следующими методами: Фолия, иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика, биорезонансная диагностика и т.д.;
- 4.4.4 на лечение следующими методами: энергоинформатика, цуботерапия, электроakupунктура, гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия и т.д.; а также на лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; на услуги, связанные с телемедициной; на диагностику и лечение с использованием авторских методов;
- 4.4.5 на бальнеологические процедуры (водные процедуры: ванны, душ, бассейн); ЛФК на тренажерах, ЛФК в бассейне; грязелечение, а также услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, аппаратное лечение простатитов, сауна, солярий, альфа-капсула и прочее; специфическая иммунизация с различными аллергенами; вакцинация взрослых;
- 4.4.6 на комплексное исследование липидного обмена, гормонального, иммунологического и аллергологического профиля (включая проведение десенсибилизирующей терапии), на ПЦР-диагностику инфекций, передающихся половым путем, на генетические исследования, ДНК диагностику;
- 4.4.7 на консультации, обследования, связанные с беременностью (в т.ч. внематочной) и/или лечение осложнений независимо от срока беременности, а также на дородовое наблюдение, роды, в том числе преждевременных, а также на проведение аборт, в том числе при угрозе жизни;
- 4.4.8 на диагностику и лечение бесплодия, импотенции, услуг по планированию семьи (в том числе определение TORCH-инфекций), на подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС);
- 4.4.9 на экстракорпоральные методы лечения (в том числе плазмаферез, проведение гемодиализа); лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови, нормо- и гипербарическую оксигенацию, радиоволновые методы лечения;
- 4.4.10 на проведение пластических операций и их осложнений, а также постоперационный уход;
- 4.4.11 на проведение нейрохирургических операций (кроме оперативного лечения острых травм); процедуры и операции, проводимые с эстетической и косметической целью;
- 4.4.12 на лечение бронхиальной астмы после постановки диагноза;
- 4.4.13 на лечение заболеваний, находящихся в причинно-следственной связи с установленной

- инвалидностью 1- 2 групп;
- 4.4.14 на лечение дисбактериоза, синдрома раздраженного кишечника;
- 4.4.15 на лечение варикозной болезни вен нижних конечностей;
- 4.4.16 на лечение подагры, метаболического синдрома, недостаточности и избыточности веса (в т.ч ожирения), нарушения толерантности к глюкозе;
- 4.4.17 на коррекцию слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;
- 4.4.18 на обследование и лечение тугоухости, удаление серных пробок;
- 4.4.19 на диагностику и лечение косоглазия, синдрома «сухого глаза», нарушений остроты зрения, астигматизма, глаукомы, катаракты, дистрофических заболеваний глаз;
- 4.4.20 на хирургическое лечение последствий травм, полученных вне срока страхования;
- 4.4.21 на введение в сустав жидких лекарственных структур, имеющих функции протезирования тканей и жидкостей;
- 4.4.22 на удаление металлоконструкций после оказания специализированной помощи при травме, в том числе после оказания специализированной помощи в течение срока действия договора страхования;
- 4.4.23 на проведение плановых операций, в том числе по поводу нарушения рефракции и аккомодации (близорукость, дальнозоркость, астигматизм), патологии сетчатки;
- 4.4.24 на лечение пяточных шпор, вальгусной деформации стопы, всех видов плоскостопия (в том числе с болевым синдромом) без признаков острого артрита и/или бурсита;
- 4.4.25 на лечение хронических кожных заболеваний (в т.ч. псориаза, нейродермита, экземы, системных микозов и онихомикозов);
- 4.4.26 на лечение лейкоплакии и тубулоинтерстициального нефрита после постановки диагноза;
- 4.4.27 на денситометрию, позитронно-эмиссионную томографию, ЯМРТ, КТ, рентгено-эндоваскулярную терапию, остеопатические медоты исследования, радионуклидные исследования и др, ортопантограмму;
- 4.4.28 на вакцинацию (кроме противостолбнячного анатоксина при травмах), специфическую аллерген-терапию; на диспансеризацию;
- 4.4.29 на методы аппаратного поддержания функций организма (ИВЛ и др.) в размере, превышающем 30 000 рублей;
- 4.4.30 в части их превышения над страховой суммой и лимитами возмещения, предусмотренными договором страхования по данному виду расходов;
- 4.4.31 на получение медицинских и иных экстренных услуг, не согласованных со Страховщиком;
- 4.4.32 на манипуляции и лечебно-диагностические мероприятия, требующие использование дневного стационара, пребывание в стационаре для получения попечительского ухода, реабилитация в условиях диспансеров, санаториев, профилакториев, восстановительных центров и других специализированных медицинских учреждений;
- 4.4.33 на оплату общих медицинских осмотров, карантинных мероприятий, дезинфекций;
- 4.4.34 на оплату врачебной экспертизы;
- 4.4.35 на обследование с целью выдачи справок на получение водительского удостоверения, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения бассейна; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; санаторно-курортной карты;
- 4.4.36 на оплату любого вида лечения на территории, не являющейся территорией действия договора страхования;
- 4.4.37 на оплату лечения, начатого до начала Срока страхования и продолжающегося в течение и/или после него;
- 4.4.38 на оплату лечения, которое может быть, с медицинской точки зрения, осуществлено после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания. Возможность досрочного возвращения в страну постоянного проживания определяется медицинским представителем Страховщика после консультации с лечащим врачом Застрахованного лица;
- 4.4.39 на услуги психотерапевта, психолога; диетолога; генетика; логопеда;
- 4.4.40 на коррекцию речи; диагностику и лечение храпа и апноэ во сне; коррекцию зрения с помощью методов лазерной хирургии, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 4.4.41 на устранение косметических дефектов; удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязион и пр.; диагностику и лечение заболеваний волос (алопеция и др.); склеротерапия вен, хирургическое изменение пола;
- 4.4.42 на любые виды кардиохирургических вмешательств (включая коронарное шунтирование,

установку искусственных клапанов, установка постоянных кардиостимуляторов и любых иных постоянных водителей ритма); аллопластика и ксенопластика и пр.;

4.4.43 связанные с предоставлением дополнительного комфорта во время пребывания в медицинском учреждении, в частности: одноместные или двухместные палаты, палаты типа «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, услуг парикмахера, переводчика, индивидуальный сестринский уход и т.п.;

4.4.44 на лечение, назначенного и проведенного членом семьи Застрахованного лица или Страхователя;

4.4.45 связанные с возмещением морального вреда, упущенной выгоды, социальных компенсаций, компенсаций заработной платы в случае нахождения Застрахованного лица на больничном;

4.4.46 на любые иные компенсации, выплаты, пособия, штрафные санкции и/или проценты;

4.4.47 которые отдельно не согласованы и не отражены в договоре страхования.

4.5. Если при заключении Договора страхования не предусмотрено иное, то не признаются страховыми случаями, и не оплачиваются расходы, возникшие и связанные:

4.5.1 с выполнением любых форм работы в связи с любым ремеслом или профессией;

4.5.2 с занятиями любыми видами профессионального, любительского и организованного спорта; выполнением любых форм полетов, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по определенному маршруту.

4.5.3 с занятиями летними активными видами отдыха, включая, но не ограничиваясь: развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов, катания на водных мотоциклах и водных лыжах; водные развлечения в аквапарке; поездки на роликах, мопедах, мотоциклах, мотороллерах и квадроциклах как в качестве водителя, так и в качестве пассажира; занятия серфингом и виндсерфингом, кайтсерфинг, прогулки на водном транспорте (за исключением имеющих специальное разрешение на перевозку пассажиров); прогулки на сафари, на ездовых и иных животных; пляжный волейбол, футбол на пляже, снорклинг, рыбалка и пр.;

4.5.4 с занятиями зимними активными видами отдыха, включая, но не ограничиваясь: катание на горных и беговых лыжах, коньках; занятия сноубордингом, скибордингом, поездки на снегоходах, санях, любые формы занятий и отдыха с использованием спортивного инвентаря, снарядов, приспособлений и пр.;

4.5.5 с занятиями экстремальными видами отдыха, включая, но не ограничиваясь: занятия скалолазанием, ледолазанием, трекингом, рафтингом, дайвингом с погружением до 40м; прыжки с парашюта, фристайлом; спуск в пещеры; охота, скейтбординг, скайсерфинг, прыжки с трамплина.

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает услуги скорой медицинской помощи и медицинские услуги стационара при экстренной госпитализации, предоставляемые Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, предусмотренного Правилами. Скорая медицинская помощь предоставляется застрахованному лицу в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного лица, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. Страховщик оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной экстренной госпитализации.

1. Объем предоставляемых услуг:

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги (указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в п.4 Программы страхования).

Услуги службы скорой медицинской помощи (по согласованию с указанными в разделе 2 настоящей программы лицами экстренная медицинская помощь может быть оказана иными медицинскими службами и учреждениями):

1.1 выезд ближайшей к месту нахождения застрахованного лица врачебной бригады службы скорой медицинской помощи, включая комплекс экстренных лечебных манипуляций, необходимую экспресс-диагностику и медицинскую транспортировку в ближайшее от места нахождения застрахованного лица медицинское учреждение, способное оказать необходимую медицинскую помощь.

Услуги стационара:

1.2 диагностические и лечебные, в том числе: консультации; лабораторные и инструментальные исследования; пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия; хирургическое и консервативное лечение; лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в наличии стационара; пребывание в стационаре в палате стандартного типа (общей палате).

2. Порядок оказания медицинских услуг

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования (Полисе), оплатить стоимость медицинских услуг в Медицинском учреждении и подать заявление о страховой выплате в офисе Страховщика.

3. Обязанности Страхователя/Застрахованного:

3.1. Страхователь обязан возместить понесенные Страховщиком расходы в следующих случаях:

3.1.1. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой и неотложной медицинской помощи;

3.1.2. отсутствие Застрахованного лица по указанному при вызове скорой и неотложной медицинской помощи адресу;

3.1.3. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи для лиц, не застрахованных по соответствующей программе;

3.1.4. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи с целью получения плановых медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д.;

3.1.5. вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи к застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного (средней и тяжелой степени), токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя, а также последующей его госпитализации;

3.1.6. отмена вызова бригады скорой и неотложной помощи;

3.1.7. отказ от услуг бригады скорой и неотложной помощи по ее прибытии на место вызова.

3.2 После оплаты Страховщиком услуг, перечисленных в п.п. 3.1.1-3.1.7 Программы, Страховщик

вправе потребовать возмещения Страхователем суммы оплаченного счета. При неоплате этой суммы в течение 5 банковских дней с момента получения счета от Страховщика, вправе расторгнуть действие Договора в отношении Застрахованного лица, направив Страхователю письменное уведомление, по адресу, указанному при заключении Договора страхования (Полиса).

4. Исключения из страхового покрытия:

4.1 События, указанные в п.1 и в п.3 настоящей Программы, не являются страховыми случаями и страховое возмещение по ним не выплачивается, если они наступили вследствие:

4.1.1. совершения Застрахованным лицом противоправных действий, подтвержденным компетентными органами РФ;

4.1.2. совершения Застрахованным лицом умышленных действий, направленных на наступление страхового случая;

4.1.3. алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;

4.1.4. самоубийства (покушения на самоубийство) или умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений;

4.1.5. неполного выздоровления Застрахованного лица или нахождения его в процессе лечения на дату начала действия договора, а также, если в отношении Застрахованного лица существовали медицинские противопоказания для осуществления поездки;

4.1.6. нарушения Застрахованным лицом правил дорожного движения, руководств, инструкций по эксплуатации предметов, устройств, механизмов, приборов и т.п.; нарушения Застрахованным лицом правил безопасности, в том числе при занятиях любыми видами организованного, любительского, профессионального спорта и при выполнении любых форм работы в связи с любым ремеслом или профессией;

4.1.7. военных действий, маневров, иных военных мероприятий, гражданских войн, забастовок, мятежей, народных восстаний, волнений всякого рода или диверсий, террористических актов, массовых беспорядков и прочих подобных событий;

4.1.8. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или иного вида поражения вследствие применения оружия массового поражения и их последствий;

4.2. Не признаются страховыми случаями события, указанные в п.1 и в п.3 настоящей Программы и не оплачиваются медицинские, медико-транспортные расходы, возникшие и связанные с:

4.2.1. любыми онкологическими заболеваниями (в т.ч. доброкачественные новообразования) всех органов и систем и их осложнений;

4.2.2. особо опасными инфекциями (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, включая «атипичную пневмонию», SARS и др.);

4.2.3. заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП, в т.ч. герпеса); венерическими «классическими» заболеваниями (сифилис, гонорея, шанкроид, лимфогрануломатоз венерический); любыми урогенитальными патологиями при верификации ЗППП; подтвержденными иммунодефицитными состояниями, ВИЧ-инфекцией; СПИДом;

4.2.4. психическими заболеваниями, расстройствами поведения и их последствий, а также различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы (помощь ограничивается первичной консультацией); эпилепсией и эпилептиформным синдромом;

4.2.5. любыми профессиональными заболеваниями, лучевой болезнью;

4.2.6. заболеваниями туберкулезом, саркоидозом, лепрой, муковисцидозом, амилоидозом, фиброзирующим альвеолитом независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.2.7. острым и хроническим гепатитом любой этиологии, фиброзом, циррозом печени;

4.2.8. заболеваниями (в т.ч. сердца, сосудов и нервной системы), требующие восстановительно-реконструктивного хирургического лечения, в том числе высокотехнологической помощи (ангиография, стентирование и т.д.);

4.2.9. заболеванием сахарным диабетом (I и II типа) и его осложнений (ретинопатии, ангиопатии, нейропатии, дерматита);

4.2.10. системными заболеваниями соединительной ткани, в том числе воспалительной артропатии и спондилопатии, ревматоидного артрита; всех недифференцированных коллагенозов; болезни Бехтерева;

4.2.11. заболеваниями, сопровождающимися хронической сердечной и легочно-сердечной недостаточностью;

- 4.2.12. заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной и печеночной недостаточностью, том числе требующих проведения экстракорпоральных методов лечения;
- 4.2.13. заболеваниями крови неопластического генеза, хроническими заболеваниями крови, тромбоцитопении до постановки диагноза;
- 4.2.14. дегенеративными и демиелинизирующими болезнями нервной системы, центральными и периферическими параличами, рассеянным склерозом, нейросенсорной потерей слуха;
- 4.2.15. заболеваниями органов и тканей, требующих их трансплантации, имплантации, все виды протезирования и эндопротезирования (в т.ч. в стоматологии, офтальмологии);
- 4.2.16. гнойно-воспалительными заболеваниями;
- 4.2.17. хроническими заболеваниями, обострениями, последствиями и осложнениями хронического заболевания, за исключением экстренных медицинских расходов для снятия угрозы жизни в размере не более 30 000 рублей;
- 4.2.18. нарушением менструального цикла.

4.3. Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:

4.3.1. без медицинских показаний или выполняемых по желанию Застрахованного лица, либо предписанных врачами медицинских учреждений без согласования со Страховщиком;

4.3.3 на дому (медицинские услуги, уход);

4.3.3 в стоматологии: все виды стоматологических услуг

4.4. Страховщик в любом случае не покрывает следующие расходы:

4.4.1. на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов при амбулаторном лечении, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантантов, других дополнительных медицинских устройств и приспособлений, расходных материалов индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства; а также на покупку средств медицинской техники (приборы, трости, костыли, коляски и т.п.)

4.4.2. на лечение врожденных аномалий и пороков развития; лечение наследственных и генетических заболеваний (включая ортопедические заболевания, хромосомные нарушения, болезни обмена веществ), лечение ятрогенных заболеваний;

4.4.3. на обследование следующими методами: Фоля, иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика, биорезонансная диагностика и т.д.;

4.4.4. на лечение следующими методами: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия и т.д.; а так же на лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; на услуги, связанные с телемедициной; на диагностику и лечение с использованием авторских методов;

4.4.5. на бальнеологические процедуры (водные процедуры: ванны, душ, бассейн); ЛФК на тренажерах, ЛФК в бассейне; грязелечение, а также услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, аппаратное лечение простатитов, сауна, солярий, альфа-капсула и прочее; специфическая иммунизация с различными аллергенами; вакцинация взрослых;

4.4.6. на комплексное исследование липидного обмена, гормонального, иммунологического и аллергологического профиля (включая проведение десенсибилизирующей терапии), на ПЦР-диагностику инфекций, передающихся половым путем, на генетические исследования, ДНК диагностику;

4.4.7. на консультации, обследования, связанные с беременностью (в т.ч. внематочной) и/или лечение осложнений независимо от срока беременности, а также на дородовое наблюдение, роды, в том числе преждевременных, а также на проведение аборт, в том числе при угрозе жизни;

4.4.8. на диагностику и лечение бесплодия, импотенции, услуг по планированию семьи (в том числе определение TORCH-инфекций), на подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС);

4.4.9. на экстракорпоральные методы лечения (в том числе плазмаферез, проведение гемодиализа); лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови, нормо- и гипербарическую оксигенацию, радиоволновые методы лечения;

4.4.10. на проведение пластических операций и их осложнений, а также постоперационный уход;

4.4.11. на проведение нейрохирургических операций (кроме оперативного лечения острых травм); процедуры и операции, проводимые с эстетической и косметической целью;

- 4.4.12. на лечение бронхиальной астмы после постановки диагноза;
- 4.4.13. на лечение заболеваний, находящихся в причинно-следственной связи с установленной инвалидностью 1- 2 групп;
- 4.4.14. на лечение дисбактериоза, синдрома раздраженного кишечника;
- 4.4.15. на лечение варикозной болезни вен нижних конечностей;
- 4.4.16. на лечение подагры, метаболического синдрома, недостаточности и избыточности веса (в т.ч ожирения), нарушения толерантности к глюкозе;
- 4.4.17. на коррекцию слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;
- 4.4.18. на обследование и лечение тугоухости, удаление серных пробок;
- 4.4.19. на диагностику и лечение косоглазия, синдрома «сухого глаза», нарушений остроты зрения, астигматизма, глаукомы, катаракты, дистрофических заболеваний глаз;
- 4.4.20. на хирургическое лечение последствий травм, полученных вне срока страхования;
- 4.4.21. на введение в сустав жидких лекарственных структур, имеющих функции протезирования тканей и жидкостей;
- 4.4.22. на удаление металлоконструкций после оказания специализированной помощи при травме, в том числе после оказания специализированной помощи в течение срока действия договора страхования;
- 4.4.23. на проведение плановых операций, в том числе по поводу нарушения рефракции и аккомодации (близорукость, дальнозоркость, астигматизм), патологии сетчатки;
- 4.4.24. на лечение пяточных шпор, вальгусной деформации стопы, всех видов плоскостопия (в том числе с болевым синдромом) без признаков острого артрита и/или бурсита;
- 4.4.25. на лечение хронических кожных заболеваний (в т.ч. псориаза, нейродермита, экземы, системных микозов и онихомикозов);
- 4.4.26. на лечение лейкоплакии и тубулоинтерстициального нефрита после постановки диагноза;
- 4.4.27. на денситометрию, позитронно-эмиссионную томографию, ЯМРТ, КТ, рентгено-эндovasкулярную терапию, остеопатические медоты исследования, радионуклидные исследования и др, ортопантомограмму;
- 4.4.28. на вакцинацию (кроме противостолбнячного анатоксина при травмах), специфическую аллерген-терапию; на диспансеризацию;
- 4.4.29. на методы аппаратного поддержания функций организма (ИВЛ и др.) в размере, превышающем 30 000 рублей;
- 4.4.30. в части их превышения над страховой суммой и лимитами возмещения, предусмотренными договором страхования по данному виду расходов;
- 4.4.31. на получение медицинских и иных экстренных услуг, не согласованных со Страховщиком;
- 4.4.32. на манипуляции и лечебно-диагностические мероприятия, требующие использование дневного стационара, пребывание в стационаре для получения попечительского ухода, реабилитация в условиях диспансеров, санаториев, профилакториев, восстановительных центров и других специализированных медицинских учреждений;
- 4.4.33. на оплату общих медицинских осмотров, карантинных мероприятий, дезинфекций;
- 4.4.34. на оплату врачебной экспертизы;
- 4.4.35. на обследование с целью выдачи справок на получение водительского удостоверения, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения бассейна; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; санаторно-курортной карты;
- 4.4.36. на оплату любого вида лечения на территории, не являющейся территорией действия договора страхования;
- 4.4.37. на оплату лечения, начатого до начала Срока страхования и продолжающегося в течение и/или после него;
- 4.4.38. на оплату лечения, которое может быть, с медицинской точки зрения, осуществлено после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания. Возможность досрочного возвращения в страну постоянного проживания определяется медицинским представителем Страховщика после консультации с лечащим врачом Застрахованного лица;
- 4.4.39. на услуги психотерапевта, психолога; диетолога; генетика; логопеда;
- 4.4.40. на коррекцию речи; диагностику и лечение храпа и апноэ во сне; коррекцию зрения с помощью методов лазерной хирургии, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
- 4.4.41. на устранение косметических дефектов; удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязион и пр.; диагностику и лечение заболеваний волос

- (алопеция и др.); склеротерапия вен, хирургическое изменение пола;
- 4.4.42. на любые виды кардиохирургических вмешательств (включая коронарное шунтирование, установку искусственных клапанов, установка постоянных кардиостимуляторов и любых иных постоянных водителей ритма); аллопластика и ксенопластика и пр.;
- 4.4.43. связанные с предоставлением дополнительного комфорта во время пребывания в медицинском учреждении, в частности: одноместные или двухместные палаты, палаты типа «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, услуг парикмахера, переводчика, индивидуальный сестринский уход и т.п.;
- 4.4.44. на лечение, назначенного и проведенного членом семьи Застрахованного лица или Страхователя;
- 4.4.45. связанные с возмещением морального вреда, упущенной выгоды, социальных компенсаций, компенсаций заработной платы в случае нахождения Застрахованного лица на больничном;
- 4.4.46. на любые иные компенсации, выплаты, пособия, штрафные санкции и/или проценты;
- 4.4.47. которые отдельно не согласованы и не отражены в договоре страхования.
- 4.5. Если при заключении Договора страхования не предусмотрено иное, то не признаются страховыми случаями, и не оплачиваются расходы, возникшие и связанные:**
- 4.5.1. с выполнением любых форм работы в связи с любым ремеслом или профессией;
- 4.5.2. с занятиями любыми видами профессионального, любительского и организованного спорта; выполнением любых форм полетов, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по определенному маршруту.
- 4.5.3. с занятиями летними активными видами отдыха, включая, но не ограничиваясь: развлечения на воде с использованием буксируемых надувных средств и парашютов, катания на водных мотоциклах и водных лыжах; водные развлечения в аквапарке; поездки на роликах, мопедах, мотоциклах, мотороллерах и квадроциклах как в качестве водителя, так и в качестве пассажира; занятия серфингом и виндсерфингом, кайтсерфинг, прогулки на водном транспорте (за исключением имеющих специальное разрешение на перевозку пассажиров); прогулки на сафари, на ездовых и иных животных; пляжный волейбол, футбол на пляже, снорклинг, рыбалка и пр.;
- 4.5.4. с занятиями зимними активными видами отдыха, включая, но не ограничиваясь: катание на горных и беговых лыжах, коньках; занятия сноубордингом, скибордингом, поездки на снегоходах, санях, любые формы занятий и отдыха с использованием спортивного инвентаря, снарядов, приспособлений и пр.;
- 4.5.5. с занятиями экстремальными видами отдыха, включая, но не ограничиваясь: занятия скалолазанием, ледолазанием, трекингом, рафтингом, дайвингом с погружением до 40м; прыжки с парашюта, фристайлом; спуск в пещеры; охота, скейтбординг, скайсерфинг, прыжки с трамплина.

1. Настоящая Программа добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Программа) регламентирует оказание в течение срока действия Договора добровольного медицинского страхования Застрахованному иностранному гражданину или лицу без гражданства, въехавшим в Российскую Федерацию с целью временного осуществления трудовой деятельности и находящимся на территории Российской Федерации на законных основаниях, различных видов первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, оказываемой при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, травмах или отравлении без явных признаков угрозы жизни пациенту, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания Банка России от 13.09.2015 N 3793-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства". Медицинское обслуживание производится на базе медицинских и/или иных учреждений, согласованных с Сервисной компанией и Страховщиком

2. Порядок оказания медицинских услуг

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования (Полисе), и строго следовать указаниям Сервисной компании.

3. Объем организуемых и оплачиваемых Страховщиком услуг.

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная медицинская помощь в неотложной форме;
- 3) медико-транспортные услуги и услуги по репатриации.

3.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме:

3.1.1. оказание медицинской помощи врачами, а также медицинским работниками со средним медицинским образованием.

3.1.2. лабораторная диагностика и инструментальные методы исследования- по назначению врача;

3.1.3. лечебные манипуляции и процедуры необходимые для купирования острого состояния;

3.1.4. первичная медико –санитарная помощь оказывается в неотложной форме в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

3.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:

Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3.2.1. размещение и лечение в отделении интенсивной терапии;

3.2.2. размещение в специализированном отделении по профилю заболевания в общей палате, питание, уход медицинского персонала;

3.2.3. консультации врачей специалистов различного профиля по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации,

3.2.4. комплексное клиническое обследование в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования;

3.2.5. проведение в соответствии с медицинскими стандартами адекватного консервативного лечения или выполнение оперативных вмешательств по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации,

3.2.6. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочным материалом.

3.3. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации:

3.3.1. Медико-транспортные услуги- услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

-машиной скорой помощи или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории РФ;

-адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в другое медицинское учреждение на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача)

3.3.2. Услуги по репатриации- услуги, связанные с транспортировкой останков до транспортного узла ближайшего к месту, где проживал Застрахованный.

При оказании медицинской помощи настоящая программа предусматривает оплату расходов на использование медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами в рамках программы ДМС лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, включенных в утвержденный Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека медицинской помощи, в том числе оплата лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

4. Исключения из программы страхования

- 1) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 2) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- 3) по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 5) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 6) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 7) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- 8) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица;

Настоящая Программа добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Программа) регламентирует оказание в течение срока действия Договора добровольного медицинского страхования Застрахованному иностранному гражданину или лицу без гражданства, въехавшим в Российскую Федерацию с целью временного осуществления трудовой деятельности и находящимся на территории Российской Федерации на законных основаниях, различных видов первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, оказываемой при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, травмах или отравлении без явных признаков угрозы жизни пациенту, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Указания Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства». Медицинское обслуживание производится на базе медицинских и/или иных учреждений, согласованных с Сервисной компанией и Страховщиком

1. Порядок оказания медицинских услуг

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования (Полисе), и строго следовать указаниям Сервисной компании.

2. Объем организуемых и оплачиваемых Страховщиком услуг.

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная медицинская помощь в неотложной форме.

3.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме:

- 3.1.1. оказание медицинской помощи врачами, а также медицинским работниками со средним медицинским образованием.
- 3.1.2. лабораторная диагностика и инструментальные методы исследования- по назначению врача;
- 3.1.3. лечебные манипуляции и процедуры необходимые для купирования острого состояния;
- 3.1.4. первичная медико –санитарная помощь оказывается в неотложной форме в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

3.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:

Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

- 3.2.1. размещение и лечение в отделении интенсивной терапии;
- 3.2.2. размещение в специализированном отделении по профилю заболевания в общей палате, питание, уход медицинского персонала;
- 3.2.3. консультации врачей специалистов различного профиля по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации,
- 3.2.4. комплексное клиническое обследование в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая рентгенологические, лабораторные и инструментальные методы исследования;
- 3.2.5. проведение в соответствии с медицинскими стандартами адекватного консервативного лечения или выполнение оперативных вмешательств по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации,
- 3.2.6. обеспечение лекарственными препаратами, перевязочным материалом.

При оказании медицинской помощи настоящая программа предусматривает оплату расходов на использование медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами в рамках программы ДМС лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, включенных в утвержденный Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека медицинской помощи, в том числе оплата лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

4. Исключения из программы страхования

- 1) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 2) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в

утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

- 3) по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 5) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 6) по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 7) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- 8) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица;