

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)**

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора
ООО Страховая Компания «Гелиос»
№ 14 от «25» 01 2018 г.



А.С. Глухов

(Предыдущая редакция утверждена:
Пр. № 306 от «28» декабря 2017 г.,
Пр. № 75 от «26» апреля 2016 г.)

ПРАВИЛА

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ ВПЕРВЫЕ
ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

1. Общие положения. Субъекты и объект страхования
2. Страховой риск. Страховой случай
3. Страховая сумма
4. Страховой тариф. Страховая премия
5. Срок страхования
6. Договор страхования: порядок его заключения, исполнения, прекращения
7. Страховая выплата
8. Права и обязанности сторон
9. Последствия изменения степени риска
10. Порядок внесения изменений и дополнений в договор страхования
11. Порядок разрешения споров
12. Исковая давность
13. Особые условия

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования от впервые диагностированных критических заболеваний (далее Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), именуемое в дальнейшем Страховщик, осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает договоры страхования с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи.

1.2. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

1.3. **Субъектами добровольного медицинского страхования** от впервые диагностированных критических заболеваний выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица. Страховщик на основании настоящих Правил заключает Договоры индивидуального страхования и коллективного страхования. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных физических лиц.

1.4. **Страховщик** – ООО Страховая Компания «Гелиос», осуществляет страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной Банком России.

1.5. **Страхователь** - юридическое, или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования в соответствии с Правилами и уплачивающее страховую премию/страховые взносы по Договору. Страхователь - физическое лицо может также являться Застрахованным лицом по Договору.

1.6. **Застрахованное лицо (далее – Застрахованное лицо, Застрахованный)** – названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования. В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

1.7. В целях исполнения принятых на себя в рамках Договоров страхования обязательств, Страховщик может заключать договоры с медицинскими, фармацевтическими, экспертными организациями, сервисными компаниями, и иными учреждениями.

1.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не принимаются на страхование лица, которые попадают в одну из следующих категорий:

- ВИЧ инфицированные, лица, состоящие на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которым присвоены 1 или 2 группа инвалидности;
- лица, страдающие лучевой болезнью, или ее осложнениями;
- лица, больные заболеваниями сердечно – сосудистой системы (включая инфаркт миокарда, перенесенное аортокоронарное шунтирование, загрудинные боли при повышенной физической активности, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, заболевания (в т.ч. пороки) клапанов сердца, шумы в сердце или ревматизм; инсульт, мозговое кровоотечение, легочная эмболия, эмболия любых крупных сосудов, сосудистые внутричерепные аневризмы);

- лица, больные онкологическим заболеванием (любым злокачественным или предраковым образованием, папилломой мочевого пузыря, полипозом кишечника, болезнью Крона, Ходжкина, спленомегалией, раком *in situ* или любыми патологическими изменениями органов и тканей (дисплазии), имеющими высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковыми изменениями молочных желез/женских половых органов, простаты; любыми видами опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга, лейкомия (лейкоз) либо другое заболевание кровеносной системы, требующее лечения длительностью свыше 1 месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов);

- лица, состоящие на учете в кожно-венерологическом диспансере;

- лица, находящиеся на момент заключения Договора страхования на стационарном лечении;

- лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, состоящие на учете в наркологическом диспансере;

- лица, состоящего на учете в психоневрологическом диспансере.

Договоры страхования, заключенные в отношении лиц, указанных в п.1.8. настоящих Правил страхования, являются незаключенными (недействительными) с момента заключения. Перечисленные в настоящем пункте условия принятия Застрахованных на страхование распространяются также на 10-летний период, предшествующий дате начала Договора страхования.

Договором страхования может быть предусмотрено страхование вышеуказанных лиц по соглашению Сторон при обязательном условии, что о вышеназванном состоянии здоровья данного лица Страховщик был письменно уведомлен Страхователем до заключения Договора.

1.9. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

1.9.1 **Медицинские учреждения (организации)** - амбулаторные, стационарные медицинские учреждения, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензии (разрешения) на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются, привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

1.9.2. **Фармацевтические (аптечные) учреждения (организации)** - юридические лица и индивидуальные предприниматели, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление фармацевтической деятельности.

1.9.3. **Сервисные компании** - юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку Программ страхования по поручению Страховщика по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных услуг, а также оказывающие услуги по репатриации.

1.9.4. **Экспертные организации** - юридические лица и индивидуальные предприниматели (имеющие лицензию на соответствующий вид деятельности, если данный вид подлежит лицензированию), предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера.

1.9.5. **Иные учреждения (организации)** - юридические лица и индивидуальные предприниматели, производящие и осуществляющие продажу товаров, выполнение работ и оказание услуг медицинского характера (в том числе торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием и т.п.).

1.9.6. **Медико-транспортные услуги** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.9.7. **Репатриация** - перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является. Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению в рамках настоящих Правил страхованием не покрываются.

1.9.8. **Иные услуги** - услуги, связанные с организацией и оказанием медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в медицинском учреждении (включая питание и иные сервисные услуги), сервисные услуги; оформление медицинской документации; информационные услуги, связанные с организацией и оказанием медицинской помощи.

1.9.9. **Заболевание** - любые нарушения в состоянии здоровья человека, диагностированные и подтвержденные врачом, имеющим выданное в соответствии с действующим законодательством разрешение на осуществление медицинской деятельности. Заболевание включает в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если заболевание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

1.9.10. **Критическое заболевание** – заболевание, впервые диагностированное у Застрахованного или симптомы которого впервые были зафиксированы в медицинских документах Застрахованного лица в течение срока страхования после истечения временной франшизы, подтвержденное вторым медицинским мнением, выявление которого повлекло необходимость оказания ему медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования.

1.9.11. **Госпитализация** - круглосуточное пребывание в медицинском учреждении для проведения лечения.

1.9.12. **Альтернативная медицина** - системы, практики и продукты в области медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не считаются частью официальной (классической, конвенциональной, общепринятой) медицины или её методов лечения и не включены в основную систему медико-санитарной помощи. К альтернативной медицине относятся следующие методы, включая, но не ограничиваясь: акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатическая, натуропатическая и остеопатическая медицина.

1.9.13. **Сопровождающее лицо** – лицо, сопровождающее Застрахованного к месту проведения лечения и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного за пределами постоянного места жительства. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные Договором страхования, в отношении только одного Сопровождающего лица, не зависимо от того, сколько лиц будут в действительности сопровождать Застрахованного.

1.9.14. **Экспериментальный метод лечения** - лечение, процедура, терапевтический курс, оборудование, медицинский препарат или иное изделие медицинского назначения, которые не были признаны безопасными, эффективными и пригодными для лечения заболеваний или травм государственными органами по контролю в сфере здравоохранения, или которые находятся на стадии исследования, изучения, тестирования или любой стадии экспериментальных работ в клинических условиях.

1.9.15. **Препарат** - любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, улучшения, изменения физиологических функций или установления медицинского диагноза путем осуществления фармакологического, иммунологического или метаболического действия, которые могут приобретаться только по рецепту врача и выдаваться лицензированной фармацевтической организацией. Рецепт, выданный на Препарат под торговым наименованием, действует в отношении генерического Препарата, содержащего аналогичные компоненты, аналогичной эффективности и с аналогичной дозировкой, как и у патентованного препарата.

1.9.16. **Протез** - устройство, которое заменяет весь орган или его часть, а также частично или полностью заменяет неработоспособную или плохо функционирующую часть тела.

1.9.17. **Предшествующие состояния** - любые заболевания, которые были диагностированы, лечились или проявились зафиксированными в медицинских документах симптомами в течение 10 лет до даты уведомления Застрахованным лицом о событии, обладающем признаками страхового случая.

1.9.18. **Второе медицинское мнение** – дополнительное медицинское заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, правильности постановки диагноза и наличия медицинских показаний к проведению лечения, содержащее рекомендации по последующему курсу лечения, подготовленное врачом/врачебной комиссией, осуществляющим медицинскую деятельность на законных основаниях (в том числе вне территории РФ). Второе медицинское мнение выдается врачом (врачебной комиссией) медицинского учреждения, выбранного Страховщиком исходя из характера клинической проблемы, материально-технического оснащения, диагностической базы, укомплектованности квалифицированными кадрами и иных возможностей конкретного медицинского учреждения. Второе медицинское мнение выдается на основании медицинских документов, подтверждающих установление у Застрахованного лица диагноза критического заболевания.

1.9.19. **Программа страхования** – гарантированный Договором страхования перечень медицинских и иных услуг, медицинской помощи, организационно-технических мероприятий и исключений из них, определяющий объем страхового покрытия, предоставляемый Страховщиком при наступлении страхового случая (далее Программа страхования).

1.9.20. **Договор индивидуального страхования** - Договор, заключенный в отношении единственного Застрахованного лица.

1.9.21. **Договор коллективного страхования** - Договор, заключенный в отношении нескольких Застрахованных, при условии, что Застрахованные имеют общего работодателя, или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении Договора страхования.

1.9.22. **Дата начала действия страхования, дата вступления Договора в силу** - дата возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования.

1.9.23. **Период страхования** (срок страхования) - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором, и соответственно, наступление страхового случая влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате. Срок страхования может не совпадать со сроком действия Договора страхования.

1.9.24. **Сайт Страховщика** - официальный сайт ООО Страховая Компания «Гелиос» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», принадлежащий Страховщику и содержащий информацию о ней, созданный в соответствии с пунктом 6 статьи 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015 1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.9.25. **Личный кабинет** - раздел официального сайта ООО Страховая Компания «Гелиос»,

доступ к которому осуществляется получателем услуги с использованием идентификации и аутентификации.

1.10. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

–Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы.

–Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.

–Временная франшиза – период времени с даты начала действия Договора или с даты включения нового Застрахованного лица в список Застрахованных по Договору лиц или иной период времени, на протяжении которого любое заболевание – диагностированное либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах – не будет являться основанием для получения каких-либо выплат по Договору на протяжении срока действия Договора.

Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению. Если иное не предусмотрено Договором, временная франшиза определяется как первые 180 (сто восемьдесят) календарных дней со дня вступления в силу страхования в отношении лица, впервые включенного Страхователем в список Застрахованных.

1.11. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

1.12. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования формировать Полисные условия страхования или выписки (выдержки) из Правил страхования к отдельному Договору или отдельной группе Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования. Полисные условия или выписки (выдержки) из Правил страхования прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью. Полисные условия или выписки (выдержки) из Правил страхования могут размещаться на официальном сайте Страховщика для ознакомления с ними Страхователя, в этом случае соответствующая запись о размещении Полисных условий или выписки (выдержки) из Правил страхования и адресе размещения делается в Договоре страхования.

1.13. Если в Договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ (Правила страхования, Полисные условия страхования или выписки (выдержки) из Правил), в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо Договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD-диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.п.), на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

1.14. При заключении Договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями Правил страхования и Договора страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

2. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

2.1. 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.

При наступлении страхового риска и соблюдении условий, установленных Правилами и Договором, страховой риск признается страховым случаем.

Страховой случай - совершившееся событие в жизни Застрахованного, предусмотренное Договором, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в размере и порядке, предусмотренном Договором, при этом все события, произошедшие вследствие одной и той же причины, будут считаться одним Страховым случаем.

2.2. Страховой риск – возникновение Критического заболевания у Страхователя (Застрахованного

лица), повлекшего необходимость оказания медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи в соответствии с условиями Договора и Программы страхования.

2.3. Страховой случай - обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное (фармацевтическую организацию, сервисную компанию и т.д.) учреждение, указанное в Договоре страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением Критического заболевания, за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения.

Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в период действия Договора страхования, в связи с заболеванием, которое было впервые диагностировано или симптомы которого были впервые зафиксированы в медицинских документах в период действия Договора страхования по истечении временной франшизы (если она предусмотрена Договором), и привело к необходимости оказания видов медицинской помощи, указанных в Программе страхования.

2.4. Если Договором не предусмотрено иное, то к страховым рискам не относится, не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает услуги, полученные Застрахованным лицом:

2.4.1. Если заболевание было диагностировано, или проводилось его лечение, или симптомы заболевания были зафиксированы в медицинских документах в течение периода 10 лет до даты заключения первого Договора страхования (при непрерывном страховании на протяжении нескольких лет) в отношении данного Застрахованного лица.

2.4.2. Если заболевание было диагностировано или его лечение проводилось не профильным специалистом.

2.4.3. Если заболевание было диагностировано в течение срока действия временной франшизы, если она предусмотрена Договором, или после окончания срока страхования.

2.4.4. В результате умышленных действий Застрахованного лица (в том числе его попытки совершить самоубийство, кроме случаев доведения до попытки самоубийства противоправными действиями третьих лиц), Страхователя, а также лиц, действующих по их поручению.

2.4.5. В случае, если Застрахованный является ВИЧ инфицированным.

2.4.6. Во время исполнения судебного акта и (или) во время пребывания в местах лишения свободы, нахождения под стражей, осуществления следственных мероприятий.

2.4.7. В результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий.

2.4.8. В случае неоплаты страховой премии/взноса в размере и сроки, установленные Договором.

2.4.9. В результате заболевания, приобретенного во время непосредственного участия Застрахованного лица в качестве военнослужащего либо гражданского служащего в военных действиях, гражданских, военных переворотах, народных волнениях, вооруженных столкновениях, иных аналогичных или приравняемых к ним событиях, а также во время прохождения Застрахованным лицом военной службы, участия в военных сборах и учениях.

2.4.10. В результате заболеваний (травм), приобретенных во время войны, террористических актов, стихийных бедствий, а также являющегося прямым или косвенным последствием ядерных реакций, официально объявленных эпидемий.

2.4.11. Если диагностирование заболевания или проводимое лечение прямо или косвенно связано с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или интоксикацией в результате приема алкоголя или психотропных, наркотических или галлюциногенных веществ.

2.4.12. При обращении Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, не предусмотренных Договором страхования, не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного, или без медицинских показаний.

2.5. Если иное не предусмотрено Договором, страхованием не покрываются расходы на:

2.5.1. Лечение и лекарственное обеспечение, которое не является обоснованным и необходимым с медицинской точки зрения, а также услуги, не имеющие лечебных целей.

2.5.2. Любые повторные медицинские услуги, аналогичные проведенным ранее в другом лечебном учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, согласованных со Страховщиком.

2.5.3. Оплату услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры.

2.5.4. Любые услуги, если они оказаны в связи с заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованный (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу.

2.5.5. Любые медицинские услуги, процедуры, консультации и т.д., которые носят научно-исследовательский или экспериментальный характер (экспериментальное лечение).

2.5.6. Операции, проводимые в сугубо эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи со страховым случаем.

2.5.7. Любое лечение или процедуры, которые способствуют или предотвращают половое зачатие; аборт или преждевременное родоразрешение, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность.

2.5.8. Очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств.

2.5.9. Получение медицинских услуг в связи с лечением алкоголизма, токсикомании или наркомании.

2.5.10. Расходы на лечение заболеваний, при которых показана трансплантация органа.

2.5.11. Лечение любого заболевания, вызванного трансплантацией органа, за исключением случаев, когда рассматриваемое заболевание определено в качестве покрываемого страхованием заболевания или медицинской процедуры.

2.5.12. Уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они врачом или нет.

2.5.13. Любые расходы, понесенные без соблюдения положений Договора и Правил страхования о действиях сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая.

2.5.14. Любые расходы, понесенные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном (реабилитационном) учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрываемого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры.

2.5.15. Любые расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез или протезов клапанов сердца, требующихся в результате хирургической операции, организованной и оплаченной в рамках Договора страхования.

2.5.16. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования.

2.5.17. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированной фармацевтической организацией, либо приобретенные без наличия рецепта.

2.5.18. Любые расходы, понесенные вследствие применения альтернативной медицины, даже если такие меры специально прописаны врачом.

2.5.19. Любые расходы на медицинский уход или меры предосторожности в случаях церебрального синдрома, старческой немощи или церебрального нарушения, независимо от стадии их прогрессирования.

2.5.20. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам.

2.5.21. Любые расходы, понесенные Застрахованным лицом или его родственниками и сопровождающими лицами, за исключением расходов, четко указанных в Договоре страхования.

2.5.22. Любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными.

2.5.23. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от определенного Страховщиком отеля до больницы либо лечащего врача.

2.5.24. Любые расходы в связи с раком кожи (за исключением злокачественных меланом).

3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1. Страховой суммой является определенная Договором страхования денежная сумма, в

пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном Договором страхования порядке, произвести страховую выплату.

3.2. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного Программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на степень страхового риска.

3.3. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям, отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты выплат – по отдельным Программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных, по любому иному признаку.

3.4. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким Договором размер страховой суммы. В случаях, если стоимость медицинской помощи или иных услуг превышает размер страховой суммы, Страхователь вправе заключить со Страховщиком соглашение, в соответствии с которым увеличить страховую сумму с учетом уплаты дополнительной страховой премии (с согласия Страховщика).

3.5. Страховая сумма может устанавливаться как в российских рублях, так и в любой иностранной валюте. В случае если страховая сумма установлена в валюте и Договором страхования прямо не предусмотрено иное, применяется курс, установленный Центральным банком Российской Федерации на дату уплаты (перечисления) страховой премии.

3.6. При страховании с указанием размеров страховых сумм и страховой премии в Договоре страхования в валютном эквиваленте, страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату уплаты (перечисления), если Договором страхования не предусмотрено иное. При уплате страховой премии в рассрочку очередная часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного страхового взноса.

4. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

4.2. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии или периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем при уплате ее в рассрочку.

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

4.4. Размер страховой премии определяется исходя из предусмотренных Договором страховых сумм и лимитов выплат в зависимости от срока страхования, пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного, а также в зависимости от перечня видов медицинской помощи, предусмотренных Программой страхования.

4.5. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку путем наличных и безналичных расчетов. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в Договоре страхования.

4.6. Страховая премия (страховые взносы) уплачиваются наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика или перечисляются на счет Страховщика путем безналичных расчетов.

4.7. Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, если Договором не предусмотрено иное.

4.8. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в Договоре страхования.

Если страховая премия (первый страховой взнос) 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 (первый страховой взнос) возвращается Страхователю в течение 10 рабочих дней с даты поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

4.9. В случае неуплаты в установленные сроки очередного страхового взноса по Договору страхования, не предусматривающему срок возможной задержки уплаты страховой премии, Страховщик вправе:

а) в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения Договора страхования с даты, указанной в качестве срока оплаты очередной части страховой премии, письменно уведомив об этом Страхователя. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату, Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью;

б) перенести срок уплаты очередного страхового взноса посредством заключения дополнительного соглашения к Договору страхования с установлением срока для внесения Страхователем просроченного страхового взноса;

в) оставить Договор страхования в силе в случае поступления от Страхователя просроченной страховой премии в периоды реализации Страховщиком своих прав, указанных в п.п. а) и б). При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, обязательства Страховщика по страховой выплате не распространяются на события, признаваемые в соответствии с Правилами в качестве страховых случаев и включенные в Договор страхования, произошедшие в период времени, исчисляемый с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в Договоре страхования как день уплаты очередного взноса.

Обязательства Страховщика по страховой выплате возобновляются с 24 часов 00 минут дня уплаты суммы задолженности в полном объеме и распространяется исключительно на будущие события, предусмотренные Правилами в качестве страховых случаев и включенные в Договор страхования.

4.10. Страхователь считается уведомленным надлежащим образом об отказе Страховщика от исполнения Договора страхования Страховщиком, если уведомление об отказе от исполнения Договора страхования направлено почтовым отправлением по указанному в Договоре страхования месту нахождения или месту жительства Страхователя или одним из способов, указанных в п. 6.20. настоящих Правил.

4.11. В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования Страховщик, если иное не предусмотрено Договором страхования, имеет право произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом:

- остатка страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо;

- понесенных Страховщиком расходов при выполнении обязательств в отношении прежнего Застрахованного лица;

- других обстоятельств, влияющих на степень страхового риска (в том числе, возраста, пола и состояния здоровья нового Застрахованного лица).

По результатам перерасчета в случае необходимости Страховщик имеет право потребовать от Страхователя доплаты страховой премии.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1. Срок страхования - период времени, определяемый Договором, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором.

5.2. Договор страхования заключается на согласованный сторонами срок. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

В случае заключения договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0.20	0.30	0.40	0.50	0.60	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95

При этом неполный месяц принимается за полный.

5.3. Договор страхования, если в Договоре не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или оплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами, но не ранее 00 часов 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата начала действия Договора страхования.

Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как дата его окончания, если Договором не предусмотрено иное.

Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

5.4. При заключении долгосрочного Договора страхования в нем могут быть предусмотрены периоды страхования, в течение которых может действовать страхование, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

При этом Стороны могут договориться о том, что срок действия Договора страхования и срок действия страхования могут не совпадать и установить периоды, в течение которых может действовать страхование.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, первый период начинается с даты вступления Договора страхования в силу. В течение первого периода страхование, обусловленное Договором страхования, действует и события, предусмотренные Договором в качестве страховых, произошедшие в течение первого периода являются страховыми случаями.

Страхование действует только в течение тех периодов, за который страховая премия была уплачена до начала такого периода.

В случае, если это предусмотрено Договором страхования, Страхователь вправе по своему усмотрению выбирать периоды, в течение которых будет действовать страхование по Договору страхования посредством осуществления уплаты страхового взноса за такой период до начала такого периода и указания периода страхования в назначении платежа.

В случае отсутствия оплаты страхового взноса за соответствующий период до начала его действия, страхование в течение данного периода не действует и события, произошедшие в течение такого периода, не являются страховыми случаями.

5.5. Действие Договора страхования прекращается по истечении указанного в нем срока страхования, а также может быть прекращено досрочно в соответствии с условиями, оговоренными в п.п. 6.15. - 6.19. настоящих Правил.

5.6. Срок страхования может быть продлен на основании дополнительного соглашения сторон.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ

6.1. Договором страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая), совершившегося в период действия Договора страхования, осуществить страховую выплату в счет оплаты организации и оказания необходимых Застрахованному медицинских и иных услуг.

6.2. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - Договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного, либо устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

В Договоре страхования (страховом полисе) подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа. При этом, в случае направления Страховщиком Страхователю - физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью страховщика, Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии

(страхового взноса). Страхователь - физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор на предложенных Страховщиком условиях.

Направление Договора страхования по адресу электронной почты, указанному Страхователем является надлежащим вручением Договора страхования Страхователю.

6.3. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», а также пунктом 4 статьи 6.1. Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, Договор страхования (полис, свидетельство, сертификат), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

6.4. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, может оформляться в виде единого документа для всех Застрахованных с приложением списка таких лиц. При этом, по желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы на каждого Застрахованного. В приложенном списке Застрахованных для каждого Застрахованного может быть указана отдельная страховая сумма и период страхования.

6.5. Заявление на внесение изменений в Договор страхования в электронной форме, отправленное Страховщику и подписанное простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) - физического лица в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица. Изменения в Договоры страхования могут оформляться путем направления Страхователю Договора страхования (Страхового полиса) с обновленными условиями страхования. Если внесение изменений подразумевает уплату дополнительной премии или возврат части премии, последние рассчитываются пропорционально сроку действия измененных условий в днях, при этом датой внесенных изменений будет считаться дата заключения Договора страхования с обновленными условиями.

6.6. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении (анкете), о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового случая, предусмотренного в Договоре страхования, а также предоставление фиктивных документов, является основанием для реализации требования Страховщика о признании Договора страхования недействительным с применением правовых последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации либо, если установление заведомо ложных или недостоверных сведений произошло до заключения Договора страхования, Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.

6.7. Для заключения Договора страхования и оценки риска Страховщик вправе потребовать от заявленного на страхование физического лица (или его законного представителя), сообщить сведения о состоянии здоровья, включая информацию о заболеваниях/состояниях, перечисленных в пункте 1.8. Правил. По требованию Страховщика физическое лицо, заявленное на страхование (или его законный представитель), обязано предоставить по установленной Страховщиком форме:

- анкету/декларацию о здоровье Застрахованного лица;
- медицинские документы лица, заявленного на страхование;
- письменное согласие на передачу Страховщику сведений, составляющих врачебную тайну, медицинскими учреждениями, в которых Застрахованный проходил лечение или диагностику.

Необходимость предоставления указанных документов определяется по усмотрению Страховщика исходя из его андеррайтерских процедур, степени и факторов риска, конкретной Программы страхования.

6.8. Заявление на страхование может быть предоставлено Страхователем путем оформления электронной заявки, в том числе на сайте Страховщика в личном кабинете или в специальном поле соответствующего раздела, предусмотренного для направления заявления на страхования и/или анкеты/декларации о здоровье Застрахованного. Заполненное таким образом Заявление на страхование приравниваются к письменному заявлению на страхование.

При заключении Договора страхования в виде электронного документа Страхователь предоставляет копии документов в электронном виде, в том числе в виде электронных файлов, в формате, указанном Страховщиком, на основании электронного запроса Страховщика, изложенного в

виде условий страхования и/или анкеты на сайте Страховщика.

Страховщик также вправе требовать медицинского освидетельствования лица, заявленного на страхование.

Заявление и любые документы и сведения, предоставляемые для заключения Договора, являются неотъемлемой частью Договора.

6.9. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора, является строго конфиденциальной. Однако Страховщик имеет право передавать перестраховщику или состраховщику в необходимых объемах данные по лицу, заявленному на страхование, для оценки степени страхового риска и для заключения договора перестрахования или сострахования.

6.10. Программы страхования, включенные в Договор страхования, формируются по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа Программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из комбинации Программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, а также дополнительного перечня медицинских и иных услуг. При этом объем медицинских и иных услуг может быть расширен (сокращен) по соглашению Сторон в каждом конкретном Договоре страхования.

6.11. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

6.12. Программа страхования, являющаяся приложением к Договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

6.13. Страхователь также обязан сообщить Страховщику сведения, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в Договоре страхования, по требованию Страховщика заполнить анкету.

В случае отказа Страхователя от предоставления таких сведений Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.

6.14. В случае необходимости увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения необходимые для оценки страхового риска, в объеме, предусмотренном настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующую страховую премию за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

6.15. Договор страхования прекращает действие досрочно:

6.15.1. По требованию Страховщика в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором страхования сроки и размере, если Страховщиком не была предоставлена отсрочка уплаты либо если Договором страхования не предусмотрены иные последствия неуплаты.

6.15.2. В случае смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного).

6.15.3. В случае выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (в отношении Застрахованного, чья страховая сумма исчерпана).

6.15.4. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов.

6.15.5. В случае отзыва Застрахованным лицом согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Застрахованного лица.

6.15.6. По соглашению сторон – с даты подписания такого соглашения или с даты, указанной в данном соглашении.

6.15.7. По требованию Страховщика в случае отказа Страхователя от внесения изменений в Договор в связи с появлением фактора существенного увеличения степени страхового риска, если согласно условиям Договора, Страхователь обязан был сообщить о появлении таких факторов.

6.15.8. В других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

6.16. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, а также по соглашению сторон.

6.17. В случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя -

физического лица до окончания срока страхования Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме или если Застрахованный, или другое лицо, с согласия Страховщика, принимает на себя обязанности Страхователя по Договору.

6.18. Сторона, намеревающаяся досрочно прекратить Договор, обязана письменно уведомить об этом другую сторону.

При прекращении Договора по инициативе Страхователя датой прекращения будет считаться 00 часов 00 минут дня, следующего за датой, указанной в уведомлении Страхователя. При этом, если Страховщик получает уведомление Страхователя позже даты прекращения, указанной в уведомлении Страхователя, то датой прекращения Договора будет считаться 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком соответствующего уведомления Страхователя.

При прекращении Договора по инициативе Страховщика датой прекращения будет считаться 00 часов 00 минут дня, указанного в уведомлении Страховщика.

6.19. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

6.20. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов:

- в виде СМС–сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования или заявлении о страховом случае;
- почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о страховом случае;
- по электронной почте по электронному адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о страховом случае.

Использование личного кабинета на сайте Страховщика также признается одним из надлежащих способов обмена сообщениями между Страхователем и Страховщиком.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско–правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан – с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

6.21. В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованный) обязуется в течение 7 рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения, направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений), несет Страхователь (Выгодоприобретатель).

6.22. При заключении Договора Страхователь должен сообщить Страховщику информацию, является ли Страхователь (Застрахованное лицо) иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

6.23. Если возврат части страховой премии за не истекший срок действия предусмотрен условиями Договора страхования, Страховщик в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов и произведенных страховых выплат, если Договором не предусмотрено иное.

Размер части страховой премии, подлежащей возврату, определяется по формуле:

$$\text{Пвоз} = \text{Попл} * \% \text{нетто} - \text{П} * \% \text{нетто} * \text{п} / \text{N}$$

Где:

Пвоз – размер части страховой премии, подлежащей возврату;

П – общая страховая премия по Договору страхования;

Попл – уплаченная страховая премия по Договору страхования;

N – срок действия Договора страхования в днях;

n – количество дней с момента вступления Договора страхования в силу до даты его досрочного прекращения;

% нетто – % нетто-ставки по Договору страхования в соответствии со структурой тарифной ставки по настоящим Правилам.

6.24. В случае превышения суммы выплаченного страхового возмещения над суммой фактически оплаченных страховых взносов возврат неиспользованной страховой премии не производится. Договором может быть предусмотрен иной порядок расчета суммы, подлежащей возврату.

6.25. Фактом заключения Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает свое согласие на информирование о других продуктах и услугах, на получение рассылок, направленных на повышение уровня клиентоориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по Договору страхования, а также об условиях пролонгации Договора страхования и т.п.

7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. 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.

7.2. Страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинских и иных услуг непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера, сервисную компанию) в медицинские и иные учреждения, в которые застрахованное лицо обратилось по направлению Страховщика (представителя Страховщика), по счетам за медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой страхования. В случае если Застрахованное лицо воспользовалось услугами, организованными через Сервисную компанию, Страховщик оплачивает выставленные Сервисной компанией счета по возмещению расходов, связанных с урегулированием страхового случая. Если иное не предусмотрено Договором страхования, оплата оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг производится при условии оказания этих услуг в течение срока страхования и по предварительному согласованию данных услуг со Страховщиком и/или Сервисной компанией.

7.3. Страховая выплата осуществляется в отношении предусмотренных Программой страхования медицинских услуг, лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, которые являются необходимыми с медицинской точки зрения. Необходимыми с медицинской точки зрения являются медицинские услуги, лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, соответствующие всем перечисленным ниже требованиям:

а) медицинские услуги/лекарственные препараты/изделия медицинского назначения необходимы для удовлетворения потребностей Застрахованного лица в медицинской помощи;

б) медицинские услуги/лекарственные препараты/изделия медицинского назначения применяются наиболее подходящим с медицинской точки зрения способом и в том виде, в котором они соответствуют стандартам, принятым в области медицинского обслуживания с учетом оптимального соотношения стоимости и качества услуг;

в) медицинские услуги/лекарственные препараты/изделия медицинского назначения по типу, частоте и продолжительности лечения соответствуют научно обоснованным рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, организаций или государственных органов медицинского страхования, согласованных Страховщиком;

г) медицинские услуги/лекарственные препараты/изделия медицинского назначения соответствуют диагнозу заболевания (состоянию больного);

д) медицинские услуги/лекарственные препараты/изделия медицинского назначения требуются по причинам, которые связаны не только с удобством их применения Застрахованным лицом или его лечащим врачом;

е) в отношении данных медицинских услуг/лекарственных препаратов/изделий медицинского назначения содержатся следующие данные в реферируемой общепризнанной научной медицинской литературе:

- данные о безопасности и эффективности лечения и диагностики заболеваний, для которых предлагается их применение;

- данные о безопасности и перспективной эффективности лечения заболеваний и опасных для жизни состояний, полученные в клинически контролируемых исследованиях.

7.4. При заявлении Страховщику о событии, обладающем признаками страхового случая, в том числе для получения второго медицинского мнения, заявитель обязан предоставить следующие документы (если Застрахованный не достиг совершеннолетия, то действовать от его имени по Договору может любой из родителей или иной законный представитель):

а) письменное заявление или заявление в электронной форме, подписанное простой электронной подписью заявителя, со ссылкой на номер Договора (страхового полиса или сертификата), с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой наступление случая, имеющего признаки страхового;

б) копии документов, удостоверяющих личность Застрахованного;

в) копию Договора страхования/полиса;

г) оригинал выписки из амбулаторной карты/истории болезни Застрахованного или медицинской справки, выданных соответствующим медицинским учреждением, с окончательным диагнозом и описанием проведенного лечения (если таковое было);

д) копии результатов лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;

е) заключение врача-специалиста в предметной области (например, онколога, гематолога, кардиолога, невролога, трансплантолога и т.п.) с указанием диагноза;

ж) медицинское заключение о назначении Застрахованному медицинских препаратов, копии соответствующих рецептов и оригиналы документов, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.);

з) банковские реквизиты счета Застрахованного, в случае если выплата производится непосредственно Застрахованному в денежной форме;

и) письменное согласие на предоставление свободного доступа Страховщику или его представителю к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе к медицинской документации из любых медицинских и иных организаций в которых Застрахованный проходил лечение.

Все документы предоставляются на русском языке или в переводе на русский язык, при этом подпись переводчика должна быть удостоверена нотариусом.

В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.п.) Страховщик вправе отсрочить принятие решения по данному случаю до предоставления документов надлежащего качества.

7.5. Помимо документов, указанных в пункте 7.4. настоящих Правил, Страховщик имеет право требовать дополнительные медицинские документы для уточнения медицинских деталей. При необходимости, Страховщик запрашивает сведения, связанные с наступлением страховых рисков, у организаций, располагающих необходимой информацией. Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании заявленного события страховым случаем до получения запрошенных документов и/или заключения медицинского учреждения (второго медицинского мнения).

Страховщик вправе принять решение о признании события страховым случаем и о производстве страховой выплаты на основании копий документов, перечисленных в п. 7.4. настоящих Правил.

Страховщик вправе предусмотреть возможность предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) информации и документации для получения страховой выплаты в электронном виде, когда Страхователь (Выгодоприобретатель) может представить Страховщику документы, перечисленные в п. 7.4., в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Выгодоприобретателя).

7.6. Решение о признании события, имеющего признаки страхового, страховым случаем принимает Страховщик, руководствуясь Договором, Правилами и Программой страхования на основании документов, предоставленных Застрахованным. Страховщик может принять решение без предоставления части документов, указанных в пункте 7.4. Правил, предоставления документов в иной форме или предоставления иных документов, аналогичных указанным в пункте 7.4. настоящих Правил, если на основании представленных Застрахованным документов представляется возможным сделать вывод об обстоятельствах наступления страхового случая и исключить обстоятельства, указанные в пункте 2.4. Правил.

7.7. В течение 15 рабочих дней с даты получения указанных в пункте 7.4. настоящих Правил документов от Застрахованного или его представителя Страховщик проводит их первичную проверку на предмет полноты сведений и соответствия заявленного диагноза/рекомендуемого лечения условиям Договора, Правил и Программы страхования, с учетом предусмотренных Договором, Правилами и Программой страхования исключений. При несоответствии заявленного диагноза/рекомендуемого лечения условиям, предусмотренным Договором, Правилами и Программой страхования, либо при выявлении обстоятельств, исключающих заявленный диагноз/рекомендуемое лечение из покрываемых страхованием по Договору, Страховщик информирует об этом Застрахованного или его представителя. При соответствии заявленного диагноза/рекомендуемого лечения условиям Договора, Правил и Программы страхования, и при отсутствии обстоятельств, исключающих заявленный диагноз/рекомендуемое лечение из покрываемых страхованием по Договору, Страховщик направляет медицинские документы Застрахованного в медицинские учреждения, состоящие в договорных отношениях со Страховщиком, для предоставления Застрахованному услуги «Второе медицинское мнение».

7.8. В течение 15 рабочих дней с даты получения от Страховщика медицинских документов Застрахованного медицинское учреждение предоставляет для Застрахованного лица услугу «Второе медицинское мнение». При необходимости срок может быть увеличен, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного или его представителя. Медицинское учреждение направляет Застрахованному письменное заключение с подтверждением или уточнением диагноза критического заболевания и необходимости проведения, предусмотренного Программой страхования лечения, а также предложением предпочтительного метода лечения с описанием предлагаемых медицинских услуг. Заключение медицинского учреждения, оказывающего услугу «Второе медицинское мнение», является окончательным для целей Договора страхования и исключает возможность какой-либо альтернативной экспертизы в дальнейшем.

7.9. Если Застрахованный соглашается получить рекомендованное лечение, то он письменно уведомляет Страховщика о своем решении. В течение 10 рабочих дней с момента получения уведомления от Застрахованного, Страховщик предлагает Застрахованному медицинское учреждение, для проведения соответствующего лечения. Страховщик выбирает медицинское учреждение исходя из характера клинической проблемы, материально-технического оснащения, диагностической базы, укомплектованности квалифицированными кадрами и иных его возможностей для обеспечения лечения, адекватного состоянию Застрахованного лица. По требованию Застрахованного, ему может быть предоставлена подробная информация о предлагаемом ему медицинском учреждении, о квалификации врачей и подтверждение наличия медицинской лицензии (иного аналогичного документа, предусмотренного законодательством той страны, на территории которой находится данное медицинское учреждение).

7.10. Страховщик выдает Застрахованному направление на лечение (гарантийное письмо), которое действует в течение 1-го месяца с даты его выдачи. Если Застрахованный не начал лечение в течение данного периода, действие направления на лечение прекращается.

7.11. Любые услуги, оказанные Застрахованному в другом медицинском учреждении, отличном от того, которое указано в направлении на лечение, а также понесенные Застрахованным до получения им направления на лечение, не оплачиваются.

7.12. Для получения предусмотренного Программой страхования лекарственного обеспечения Застрахованный вправе, с предварительного согласия Страховщика, обратиться в согласованную фармацевтическую организацию и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных Программой страхования лекарственных препаратов.

7.13. Страховые выплаты в денежной форме Страхователю (Застрахованному) не предусмотрены, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.14. Если Договором страхования предусмотрена страховая выплата в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг/лекарственных препаратов, то возмещение происходит наличными или перечислением на расчетный счет Застрахованного. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление с приложением:

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку, подтверждающего оплату медицинских услуг/лекарственных препаратов;

- оплаченного счета с указанием медицинской (фармацевтической) организации, перечня оказанных услуг, лекарственных препаратов и их стоимости;

- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, рецепта лечащего врача.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

7.15. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного.

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь вправе:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования, предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг и их оплаты (или только их оплаты) в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования;

б) потребовать изменения условий Договора страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и Договором страхования;

в) при коллективном страховании изменить численность Застрахованных лиц в соответствии с порядком, предусмотренном Правилами страхования. В случае расширения списка Застрахованных лиц по Договору коллективного страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные условиями настоящих Правил, и уплачивает дополнительную страховую премию за период со дня включения новых лиц в список Застрахованных до даты окончания действия коллективного Договора страхования (при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный);

г) по соглашению со Страховщиком изменить перечень медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования при условии уплаты по требованию Страховщика дополнительной страховой премии (дополнительного страхового взноса). Договор на новых условиях начинает действовать со 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии (ее части), если Договором страхования не предусмотрено иное;

д) заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Правилами страхования в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ. В случае замены одного Застрахованного другим, Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные условиями настоящих Правил (п. 6.7.), о новом Застрахованном лице;

е) досрочно отказаться (расторгнуть в одностороннем порядке) от Договора страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц;

ж) требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования;

з) для Страхователя – физического лица: отказаться от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня вступления его в силу при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В случае отказа страхователя от Договора страхования в этом случае уплаченная страховая премия возвращается Страхователю в полном объеме в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от Договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от Договора страхования.

Подтверждением направления письменного заявления в срок является дата регистрации Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (при обращении Страхователя в офис Страховщика) либо дата почтового штемпеля отправителя (при направлении Страхователем документов на адрес Страховщика средствами почтовой связи).

8.2. Страхователь обязан:

а) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о себе и Застрахованном лице, а также все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера

возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

б) уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, которые установлены Договором;

в) сообщать Страховщику в течение действия Договора страхования незамедлительно обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах в отношении Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении;

г) при наступлении страхового случая незамедлительно, но в любом случае не позднее 30 дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, известить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;

д) сообщить Страховщику достоверную информацию о Застрахованном по требованию Страховщика, а также предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю;

е) своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, телефонов, а также персональных данных Застрахованных лиц в случае их изменения и его фактического места жительства, если Договором страхования не предусмотрено иное;

ж) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

8.3. Страховщик вправе:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования, произвести обследование (медицинское освидетельствование) страхуемых лиц для оценки фактического состояния их здоровья, предоставления, включая, но не ограничиваясь:

– сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о наличии у него заболеваний и травм, о ранее перенесенных заболеваниях/травмах, о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), его профессиональной принадлежности, наличии у Застрахованного лица травмоопасных увлечений и хобби, а также о занятиях спортом и других обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска;

– медицинских документов (подлинники медицинские документы или их копии, заверенные выдавшими их медицинскими учреждениями), содержащих сведения о состоянии здоровья принимаемого на страхование лица; результаты медицинского осмотра (обследования) принимаемого на страхование лица, если оно проводилось.

В случае если проведение медицинского освидетельствования предусмотрено за счет Страхователя/Застрахованного лица соответствующая информация должна быть в обязательном порядке доведена до сведения Страхователя/Застрахованного лица до проведения медицинского освидетельствования;

б) проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным информацию, а также выполнение ими условий Договора и Правил, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения;

в) если Страхователем при заключении Договора Страховщику была предоставлена заведомо ложная информация о Застрахованном, применить последствия, предусмотренные ст. 944 Гражданского Кодекса Российской Федерации;

г) отсрочить принятие решения о страховой выплате или приостановить осуществление страховой выплаты, если по факту наступления страхового случая в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - до окончания проверки, расследования;

д) в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в т.ч. сокращения срока действия) Договора страхования;

е) прекратить Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в разделе 6 настоящих Правил и предусмотренных действующим законодательством;

ж) в случае отказа Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования Страховщик, при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты его прекращения;

з) на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для

решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой расходов на оказанные Застрахованному медицинских услуг;

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

к) пользоваться другими правами, предусмотренными Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

8.4. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

б) предоставить Застрахованному консультации по событию, обладающему признаками страхового случая, а также по порядку предоставления документов, подтверждающих заявление Застрахованного о событии, обладающем признаками страхового случая;

в) рассмотреть представленные Застрахованным медицинские документы, результаты анализов и заключения врачей-специалистов, подтверждающих, наступление события, обладающего признаками страхового случая;

г) произвести страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования;

д) выдать Страхователю или Застрахованному Договор страхования (полис);

е) не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице). Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (кроме случаев, когда от Застрахованного получено письменное согласие), Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении;

ж) в случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик обязан вернуть страховую премию Страхователю в полном размере, если Страхователь отказался от настоящего Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по настоящему Договору (даты начала действия страхования);

з) обеспечить обработку персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

и) выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором, Правилами и законодательством Российской Федерации.

8.5. Застрахованный имеет право:

а) на получение медицинских и иных услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях (фармацевтических организациях, сервисных компаниях), обращение в которые согласовано и/или организовано Страховщиком;

б) на получение дубликата страховой документации в случае ее утраты;

в) на получение разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг;

г) исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае смерти Страхователя - физического лица или в случае ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Застрахованный (или иное лицо с согласия Страхователя и Страховщика) имеет право исполнить какие-либо из обязанностей Страхователя по Договору в случае намерения Страхователя расторгнуть Договор. Исполнение Застрахованным или иным лицом части обязанностей Страхователя по Договору не освобождает Страхователя или иного лица, принявшего на себя права и обязанности Страхователя по Договору, от исполнения других обязанностей по Договору.

8.6. Застрахованное лицо обязано:

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

б) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

в) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

г) по требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование как при заключении Договора страхования, так и после наступления страхового случая, когда это станет возможным по состоянию здоровья, если Страховщик сочтет это необходимым;

д) при утрате страховой документации незамедлительно извещать об этом Страховщика;

е) сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или фактического места жительства;

ж) компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования;

з) предоставлять Страховщику или его представителю свободный доступ к информации, имеющей отношение к страховому случаю, в том числе предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

и) надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица; обеспечивать сохранность документов по Договору страхования; Предоставить Страховщику документы согласно пункта 7.4. настоящих Правил.

8.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

8.7.1. В отношении Договоров страхования (страховых полисов, сертификатов, страховых свидетельств), заключенных на основании настоящих Правил страхования, обработка Страховщиком персональных данных Страхователей (Застрахованных лиц) осуществляется на основании п.п. 5) ч.1 ст.6 и п.п. 8) ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

8.7.2. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подписывая Договор страхования и/или принимая от Страховщика страховой полис (сертификат, страховое свидетельство), тем самым выражает свое добровольное согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) для осуществления исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц, а также в целях информирования Страхователя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг).

Страхователь в случае регистрации в личном кабинете Страховщика дает свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта Страховщика.

8.7.3. Персональные данные Страхователя и Застрахованных лиц включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения (в том числе сведения составляющие врачебную тайну), а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения, анкету/декларацию о здоровье Застрахованного лица и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

8.7.4. Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком и представителями Страховщика своих персональных данных, в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам (в т.ч. медицинским и иным учреждениям (организациям), 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 25 лет с даты его заключения.

8.7.5. Страховщик и представители Страховщика имеют 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.

8.7.6. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 лет, если иное не установлено Договором страхования.

8.7.7. В установленных законом случаях, 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, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8.7.8. В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25 лет с даты окончания срока действия Договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по Договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 25 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

8.7.9. Хранение персональных данных должно осуществляться в форме, позволяющей определить субъекта персональных данных, не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных. Обрабатываемые персональные данные подлежат уничтожению либо обезличиванию по достижении целей обработки или в случае утраты необходимости в достижении этих целей, если иное не предусмотрено федеральным законом.

8.7.10. При заключении Договора страхования в отношении третьего лица (лиц) может быть установлена обязанность Страхователя по получению и передаче Страховщику согласия на обработку персональных данных третьего лица (лиц) в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе в целях проверки качества оказания услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских и иных учреждений и прочее.

8.8. Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных в возрасте до 18-ти лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством РФ, их законные представители.

8.9. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении Договора страхования. Конфиденциальными сведениями по Договору страхования признаются: сведения о Страхователях, Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

8.10. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.11. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику письменно с приложением документов, позволяющих Страховщику объективно оценить изменение степени риска, о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

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

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон.

10.2. Соглашение об изменении Договора страхования совершается в той же форме, что и Договор.

10.3. При изменении Договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

10.4. В случае изменения Договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении Договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения Договора.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Споры, вытекающие из Договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. Однако по соглашению сторон в Договор могут быть внесены оговорки, дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

13.2. Согласованные положения Договора имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил.

13.3. Все документы, которые Страховщик предлагает заполнить в рамках Договора, являются его составной частью. К таким документам относится анкета о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование/декларация о здоровье Застрахованного лица, а также иные документы и сведения, необходимые для заключения Договора и осуществления страховой выплаты, заявление на страхование, настоящие Правила, условия страхования, зафиксированные в страховом полисе, а также все относящиеся к Договору страхования надлежащим образом оформленные заявления, изменения, соглашения и дополнения.

13.4. Если иное не предусмотрено Договором, то при наступлении обстоятельств, которые Страховщик не мог предвидеть, в том числе обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), Страховщик оставляет за собой право отказать в принятии страховых взносов или задержать выполнение своих обязательств по Договору, информировав об этом Страхователя любыми доступными способами в течение 30 (тридцати) дней с момента наступления вышеуказанных обстоятельств. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся, в числе прочих, стихийные бедствия, бунты, войны, акции гражданского неповиновения, наводнения, землетрясения, дезорганизация органов государственной власти или финансовой системы, сбой в работе телекоммуникационных сетей и систем денежных переводов.

13.5. Все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением Договора страхования направляются по адресам, которые указаны в Договоре. В случае изменения адресов и/или реквизитов стороны обязаны уведомить друг друга в срок, указанный в п. 6.21. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться доставленными, хотя бы сторона по тому адресу более не находится или не проживает.

13.6. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика при заключении Договора, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения Договора.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 1
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
от впервые диагностированных критических заболеваний

«Лечение критических заболеваний»

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное (фармацевтическую организацию, сервисную компанию и т.д.) учреждение по направлению Страховщика, в связи с возникновением заболевания, впервые диагностированного и подтвержденного вторым медицинским мнением в течение срока действия Договора страхования после истечения временной франшизы, за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения.

Если это предусмотрено Договором страхования, могут покрываться расходы Застрахованного лица на медицинские услуги в связи с профилактикой заболеваний, предусмотренных Программой страхования, в случае выявления методом генетического тестирования предрасположенности к возникновению данных заболеваний.

Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в период действия Договора страхования, в связи с заболеванием, которое было диагностировано или симптомы которого были впервые зафиксированы в медицинских документах в период действия Договора страхования и привело к необходимости оказания указанных ниже видов медицинской и иной помощи:

1. Онкология

1.1. Хирургическая резекция злокачественного новообразования.

1.2. Эндоскопические хирургические вмешательства при злокачественных новообразованиях.

1.3. Реконструктивно-пластические, микрохирургические, обширные циторедуктивные, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства, в том числе с применением физических факторов (гипертермия, гиперчастотная термоабляция, фотодинамическая терапия, лазерная и криодеструкция и др.) при злокачественных новообразованиях.

1.4. Лекарственное противоопухолевое лечение (химиотерапия) злокачественных новообразований.

1.5. Комбинированное лечение злокачественных новообразований, сочетающее хирургические вмешательства и лекарственное пред- и послеоперационное противоопухолевое лечение.

1.6. Дистанционная, внутритканевая, внутриполостная, стереотаксическая, радионуклидная лучевая терапия, радийодтерапия, высокоинтенсивная фокусированная ультразвуковая терапия при злокачественных новообразованиях.

1.7. Комплексное лечение с применением стандартной химио- и/или иммунотерапии, лучевой и афферентной терапии.

1.8. Комплексная и высокодозная химиотерапия острых лейкозов, высокозлокачественных лимфом (за исключением кожной лимфомы), рефрактерных форм лимфопролиферативных и миелопролиферативных заболеваний.

2. Кардиохирургия

2.1. Коронарная реваскуляризация миокарда с применением аорто-коронарного шунтирования.

2.2. Пересадка или восстановление одного, или более сердечных клапанов, пластика клапанов сердца.

2.3. Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики и стентирования.

2.4. Хирургическое лечение гипертрофической кардиомиопатии.

2.5. Реконструкция желудочков.

2.6. Эндоваскулярная хирургическая коррекция нарушений ритма сердца.

2.7. Деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца.

- 2.8. Имплантация частотно-адаптированного электрокардиостимулятора.
- 2.9. Имплантация кардиовертера – дефибриллятора.
- 2.10. Хирургическое лечение приобретенных пороков клапанов сердца.
- 2.11. Хирургическое и эндоваскулярное лечение аневризмы аорты.

3. Нейрохирургия

3.1. Микрохирургические вмешательства с использованием операционного микроскопа, стереотаксической биопсии, интраоперационной навигации и нейрофизиологического мониторинга при внутримозговых новообразованиях (доброкачественных и злокачественных) головного мозга, его оболочек, костей черепа с проращением в полость черепа, аденомы гипофиза.

3.2. Удаление опухоли с применением нейрофизиологического мониторинга функционально значимых зон головного мозга.

3.3. Удаление опухоли с применением интраоперационной флюорисцентной микроскопии, эндоскопии, лазерной спектроскопии.

3.4. Стереотаксическое вмешательство с целью дренирования опухолевых кист и установки дренажных систем.

3.5. Удаление опухоли с одномоментным пластическим закрытием хирургического дефекта при помощи сложносоставных ауто- или аллоимплантантов.

3.6. Эмболизация сосудов опухоли при помощи адгезивных материалов и (или) микроэмболов.

3.7. Микрохирургические вмешательства при новообразованиях (доброкачественных и злокачественных) спинного мозга и его оболочек, корешков и спинномозговых нервов, позвоночного столба и костей таза.

3.8. Удаление опухоли с применением нейрофизиологического мониторинга.

3.9. Удаление опухоли с применением систем, стабилизирующих позвоночник.

3.10. Удаление опухоли с одномоментным применением ауто- и аллоимплантантов.

3.11. Эндоскопическое удаление опухоли.

3.12. Реконструктивные и декомпрессивные операции вследствие поражений позвонков доброкачественным новообразованием спинного мозга, спинномозговых нервов, конского хвоста и их оболочек с резекцией позвонков, с корригирующей вертебротомией с использованием протезов тел позвонков и межпозвонковых дисков костного цемента и остеозамещающих материалов с применением погружных и наружных фиксирующих устройств.

3.13. Декомпрессивно-стабилизирующее вмешательство с резекцией новообразования и позвонка со спондилосинтезом позвоночника, с использованием погружных имплантов и стабилизирующих систем.

3.14. Резекция опухоли или иного опухолевидного образования блоком или частями из комбинированных доступов с реконструкцией дефекта позвоночного столба с использованием погружных имплантов и спондилосинтезом стабилизирующими системами.

3.15. Стереотаксически ориентированное дистанционное лучевое лечение с использованием специализированных ускорителей при поражениях головы, головного и спинного мозга, позвоночника.

3.16. Стереотаксически ориентированное лучевое лечение злокачественных (первичных и вторичных) и доброкачественных опухолей головного и спинного мозга, оболочек. Черепных нервов, а также костей основания черепа и позвоночника.

3.17. Стереотаксически ориентированное лучевое лечение артерио-венозных мальформаций головного и спинного мозга.

3.18. Микрохирургические, эндоваскулярные и стереотаксические вмешательства с применением адгезивных клеевых композиций, микроэмболов, микроспиралей и стентов.

3.19. Микрохирургическое вмешательство с применением интраоперационного УЗ контроля кровотока в церебральных артериях.

3.20. Микрохирургическое вмешательство с применением нейрофизиологического мониторинга.

3.21. Эндоваскулярное вмешательство с применением адгезивных клеевых композиций, микроэмболов, микроспиралей и стентов.

3.22. Реконструктивные вмешательства на экстра- и интракраниальных отделах церебральных артерий по поводу окклюзии, стенозов, эмболии и тромбозов.

4. Травматология

4.1. Реконструктивные вмешательства при деформациях свода и основания черепа.

4.2. Реконструктивно-пластические операции по устранению приобретенных дефектов лицевого скелета.

4.3. Реконструктивно-пластические и оптико-реконструктивные операции при травмах (открытых, закрытых) глаза, его придаточного аппарата, орбиты.

4.4. Пластика крупных суставов конечностей с восстановлением целостности внутрисуставных образований, замещением костно-хрящевых дефектов синтетическими и биологическими материалами.

4.5. Реконструктивно-пластические операции на конечностях, в том числе с использованием чрескостных аппаратов и прецизионной техники, а также замещением мягкотканых и костных хрящевых дефектов синтетическими и биологическими материалами.

4.6. Реконструктивно-пластические операции на костях таза, верхних и нижних конечностях с использованием погружных или наружных фиксирующих устройств, синтетических и биологических остеозамещающих материалов, компьютерной навигации.

4.7. Реконструктивные и декомпрессивные операции при травмах позвоночника с резекцией позвонков, корригирующей вертебротомией с использованием протезов тел позвонков и межпозвонковых дисков, костного цемента и остеозамещающих материалов с применением погружных и наружных фиксирующих устройств.

4.8. Реплантиция конечностей и их сегментов с применением микрохирургической техники.

4.9. Микрохирургическая пересадка комплексов тканей с восстановлением их кровоснабжения.

4.10. Эндопротезирование суставов при выраженных деформациях, дисплазии, анкилозах, неправильно сросшихся и несросшихся переломах области сустава, посттравматических вывихах и подвывихах, в том числе с использованием компьютерной навигации.

4.11. Реконструктивно-пластические операции по устранению обширных дефектов и деформаций мягких тканей.

4.12. Комплексное лечение больных с обширными ожогами более 30 процентов поверхности тела, ингаляционным поражением, осложнениями и последствиями ожогов.

4.13. Реконструктивно-пластические операции на грудной стенке и диафрагме.

5. Пересадка органа от прижизненного донора/трансплантация ткани

5.1. Хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному лицу пересаживают почку, сегмент печени, часть поджелудочной железы от живого совместимого донора.

5.2. Услуги, оказываемые прижизненному донору в процессе удаления органа или ткани, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу: больничные услуги, оказываемые донору, в т. ч. размещение в больничной комнате, палате или отделении, питание, услуги общего медицинского ухода, услуги, регулярно оказываемые персоналом больницы, лабораторные анализы, использование оборудования и других материально-технических средств больницы (за исключением предметов личного пользования, которые не являются необходимыми в процессе удаления предназначенного для трансплантации органа или ткани).

5.3. Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу.

Страхование обеспечивается при соблюдении следующих условий:

- процедура проводится по истечении временной франшизы (при ее наличии);
- диагноз, требующий оказания медицинской помощи, подтвержден вторым медицинским мнением;
- соответствующее заболевание или состояние не было диагностировано, и его симптомы не были зафиксированы в документах до даты начала действия полиса, до даты включения нового Застрахованного лица и/или на протяжении действия временной франшизы для соответствующего Застрахованного лица согласно Полису;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- медицинские расходы не превышают страховую сумму и не выходят за пределы, указанные в Полисе;
- лечение организовано Страховщиком/Сервисной компанией в соответствии с разделом Договора страхования «Действия сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая»;
- расходы на медицинскую диагностику, лечение, обслуживание, изделия медицинского назначения и рецептурные лекарственные препараты покрываются Договором согласно настоящей Программе.

В соответствии с Договором будут оплачены указанные ниже расходы (в пределах, указанных в Договоре страхования), возникшие в связи с покрываемыми страхованием заболеваниями и медицинскими процедурами, описанными настоящей Программой.

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

Амбулаторно-поликлиническая помощь

- Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, гинеколог, гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр (однократный прием), врач мануальной терапии, дерматовенеролог, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, иммунолог-аллерголог, и др. специалистов.

- Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях.
- Общие манипуляции и процедуры.
- Эндоскопические исследования.
- Общие клинические лабораторные исследования.
- Биохимические лабораторные исследования.
- Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.
- Иммунологические лабораторные исследования.
- Гистологические исследования.
- Цитологические исследования.
- Гормональные исследования.
- Онкомаркеры.
- Вирусологические исследования.
- Рентгенологические исследования.
- Ультразвуковые диагностические исследования.
- УЗДГ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.
- Электронейромиография.
- Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).
- Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).
- Сцинтиграфия, денситометрия, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).
- Сложные хирургические вмешательства, лазерные операции.
- Лучевая терапия, химиотерапия.
- Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям:
 - Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера (до 30 сеансов в период действия Договора страхования), ЛФК (до 10 сеансов в период действия Договора страхования).
 - Предгоспитализационное обследование при необходимости последующей госпитализации.
 - Ведение медицинской документации, выдачу листков нетрудоспособности и медицинских справок (кроме раздела А Программы страхования), а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

Стационарная помощь по плановым показаниям в том числе, включая медикаментозное лечение:

- медицинская транспортировка в стационар специализированным транспортом в сопровождении медицинского персонала, при наличии медицинских показаний;
- консультации и/или лечение в медицинском учреждении специалистами всех профилей (терапевт, хирург, онколог, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, дерматолог, окулист, эндокринолог, травматолог, гинеколог, стоматолог, уролог, кардиолог, инфекционист и др.);
- диагностические лабораторные исследования, (общеклинические методы исследования, биохимические исследования, вирусологические исследования, цитологические исследования и др.);
- инструментальные исследования (лучевая диагностика, включая компьютерную томографию; ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика.); сцинтиграфия, денситометрия, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография);

- хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационных палат, перевязки, туалет ран, инъекции и лечебные манипуляции т.д.; лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия. Переливания крови, введение плазмы и сыворотки;

- восстановительное лечение в условиях медицинского учреждения по медицинским показаниям, в том числе: физиотерапевтические процедуры по назначению врача, ЛФК, массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, ГБО, лазеротерапия - до 10 сеансов в период действия Договора страхования;

- пребывание в палате, питание, уход медицинского персонала.

Ответственность Страховщика, обусловленная Договором страхования, наступает с момента постановки диагноза. Для онкологических заболеваний диагноз должен быть подтвержден специализированным медицинским учреждением по результатам гистологического исследования опухоли.

Лекарственное обеспечение и обеспечение изделиями медицинского назначения

Если это предусмотрено Договором страхования Программа страхования включает возмещение Застрахованному лицу полностью или частично его личных средств, затраченных на самостоятельное приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, назначенных лечащим врачом, а именно:

Лекарственное обеспечение включает лекарственные средства следующих клинко-фармацевтических групп:

- Сердечно-сосудистые лекарственные средства
- Диуретики и препараты с диуретическим эффектом
- Средства, применяемые в неврологии
- Анальгетики
- Противовоспалительные средства
- Противоопухолевые средства
- Алкалоиды и другие лекарственные средства растительного происхождения, оказывающие противоопухолевое действие

- Препараты половых гормонов и препараты - антагонисты половых гормонов, ингибиторы синтеза гормонов

- Антиметаболиты

- Гормональные лекарственные средства, ферменты, ингибиторы ферментов, применяемые при лечении онкологических заболеваний

- Интерфероны, применяемые для лечения онкологических заболеваний

- Лекарственные средства, корригирующие процессы иммунитета

- Лекарственные средства, применяемые для коррекции побочных эффектов противоопухолевых препаратов

- Лекарственные средства, содержащие группы этиленмина и этилендиамина

- Производные нитрозомочевины и триазены

- Ретиноиды

- Химиотерапевтические лекарственные средства

- Эфиры дисульфоновых кислот и аналогичные по действию лекарственные средства

- Средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии

- Анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги

- Кортикотропины, гонадотропины и препараты, влияющие на продукцию гормонов

- Средства, влияющие на различные виды обмена

- Средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз

- Препараты иммуноглобулинов

- Средства, применяемые в проктологии

- Средства, применяемые в урологии

- Средства для наружного применения

- Стоимость протезов, эндопротезов, имплантантов (в том числе наборов для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.).

Дополнительно к перечисленным медицинским расходам если это предусмотрено Договором страхования в Программу страхования могут быть включены медицинские расходы, связанные с выявлением генетически детерминированной предрасположенности к возникновению заболеваний:

- Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов
- Общие клинические лабораторные исследования
- Генетические лабораторные исследования, ПЦР
- Биохимические лабораторные исследования
- Гистологические, цитологические исследования
- Онкомаркеры
- Гормональные исследования
- Рентгенологические исследования
- Ультразвуковые диагностические исследования
- Функциональная диагностика
- Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию). Сцинтиграфия, денситометрия, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).

Сервисные услуги.

Если это предусмотрено условиями Договора страхования, то оплате подлежат следующие расходы (в пределах лимитов, указанных в Договоре страхования), возникшие в связи с необходимостью проведения лечения покрываемых Программой страхования заболеваний и медицинских процедур:

1.1 Расходы на проезд

- Проезд Застрахованного и одного сопровождающего его лица к месту лечения (а также донора в случае трансплантации) с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком. Все мероприятия по подготовке переезда проводит Страховщик (Сервисная компания), при этом Страховщик не оплачивает расходы по проезду, осуществленные Застрахованным лицом либо третьим лицом от имени Застрахованного лица самостоятельно.

- Страховщик определяет даты поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты сообщаются Застрахованному с целью предоставления достаточного времени для подготовки поездки.

- В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованный обязан оплатить Страховщику все затраты, связанные с организацией и оказанием услуг по переезду, если изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

- Программой страхования покрывается:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица до ближайшего аэропорта или железнодорожной станции;

- проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса до населенного пункта, где будет проводиться лечение, трансфер до отеля;

- проезд от отеля или больницы в ближайший аэропорт или до железнодорожной станции

- проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до населенного пункта, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо;

- проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного лица.

1.2 Расходы на проживание

- Проживание Застрахованного и одного сопровождающего его лица (а также донора в случае трансплантации) во время нахождения за пределами постоянного места жительства с целью проведения лечения, утвержденного Страховщиком. Все мероприятия по организации проживания должен осуществлять Страховщик (Сервисная компания). При этом Страховщик не оплачивает проживание, организованное Застрахованным лицом либо любым третьим лицом, действующим от имени Застрахованного лица самостоятельно.

- Страховщик (Сервисная компания) принимает решение в отношении дат бронирования размещения в отеле на основе утвержденного графика лечения. Эти даты сообщаются Застрахованному с целью предоставления достаточного времени для подготовки поездки.

- Страховщик (Сервисная компания) определяет срок окончания поездки в соответствии со сроком завершения лечения и подтверждением лечащего врача, что Застрахованный в состоянии осуществлять переезд.

- В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованный обязан выплатить компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

- Мероприятия по организации проживания включают в себя:
- Бронирование двухместного номера или номера с двухспальной кроватью в отеле категории 3 звезды, согласно критериям, установленным в интересах Застрахованного. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к медицинскому учреждению, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км.
- Оплата питания и дополнительных расходов в отеле по Договору страхования не производится. Застрахованный не может за дополнительную плату повышать уровень комфортности в соответствующем отеле.

1.3 Расходы по репатриации

- В случае смерти Застрахованного (либо донора в случае трансплантации), произошедшей за пределами его постоянного места жительства в процессе проведения лечения, организованного согласно данному Договору страхования, Страховая компания оплатит репатриацию останков.
- Данное покрытие ограничивается только услугами и материалами, необходимыми для подготовки тела покойника и его транспортировки, в т. ч.:
 - услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
 - гроб с минимальными обязательными атрибутами;
 - транспортировка тела от аэропорта до места захоронения (в соответствии с адресом регистрации) покойного.

Исключения из Программы добровольного медицинского страхования

Если иное не предусмотрено Договором страхования, в Программу страхования не входят консультации, диагностические исследования и лечение, связанное с любыми заболеваниями и состояниями Застрахованного лица, кроме тех, которые развились и были диагностированы в период действия Договора страхования (после истечения временной франшизы), и привели к необходимости оказания медицинской помощи, предусмотренной настоящей Программой, в том числе:

- a) Врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов.
- b) Заболевания (предшествующие медицинским состояниям), диагностированные у застрахованного лица до заключения Договора страхования и/или в период действия временной франшизы.
- c) Эпилепсия, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе алкоголизм, наркомания, токсикомания.
- d) Сахарный диабет и заболевания, развившиеся на фоне существующего сахарного диабета.
- e) Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, амилоидоз.
- f) Острые и хронические гепатиты, циррозы.
- g) Лучевая болезнь, профессиональные заболевания.
- h) Заболевания, связанные со СПИДом или при его наличии.
- i) Рак кожи (за исключением злокачественных меланом), Рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухоловые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез/женских половых органов, мочевого пузыря или простаты.

Страховщик не оплачивает:

- Консультации, диагностические исследования, лечение, связанные с беременностью и ее осложнениями. Услуги по планированию семьи прерывание беременности родовое наблюдение и родовспоможение, генетические исследования; лечение бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции.
- Диагностика, лечение, манипуляции, операции и пр. по устранению косметических дефектов. Заболевания кожи и волос (нейродермит, экзема и атопический дерматит, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы, алопеция и пр.), а так же коррекция веса, гидроклонолтерапия.
- Тест «Гемокод». Диагностика и лечение с использованием авторских методов в ЛПУ, не предусмотренных программой страхования.
- экспериментальное лечение или нетрадиционная медицина; применение виброкапсулы, вибросауны; бальнеолечение.
- Услуги психолога, диетолога, логопеда.

- Профилактические приемы врачей специалистов, диспансеризация, вакцинация, реабилитационно-восстановительное лечение, услуги, оказываемые в оздоровительных и профилактических целях.

- Выдача льготных рецептов, выписок из амбулаторных карт, обследование и выдача справок на ношение оружия, для ГИБДД, выезда за границу, поступления в учебные заведения и на работу, заполнение посылного листа в бюро МСЭ.

- Услуги, не входящие в программу, не предписанные врачом и/или оказанные без медицинских показаний или по желанию Застрахованного.

- Оплата расходов Застрахованного на приобретение очковой оптики, контактных линз, слуховых аппаратов.

- Расходы, понесенные в течение периода действия временной франшизы.

- Услуги по содержанию и уходу на дому; медицинский уход при церебральном синдроме (мозговых расстройствах или повреждениях мозга, обусловленных частичным или полным ухудшением мозговых функций) или старости.

- Оплата телефонных разговоров.

- Покупка/аренда инвалидных колясок, специальных кроватей или другого медицинского оборудования.

- Расходы на проезд и проживание, понесенные застрахованным лицом самостоятельно, или понесенные третьим лицом по поручению Застрахованного.

- Лекарственные средства, не включенные в программу страхования. Лекарственные средства, назначенные по поводу любых заболеваний и состояний Застрахованного лица, кроме тех, которые развились и были диагностированы в период действия Договора страхования, и привели к необходимости оказания медицинской помощи, перечисленной в настоящей Программе.

- Медикаментозное лечение, связанное с беременностью, родами, послеродовыми заболеваниями и осложнениями.

- Медикаментозное лечение с применением:

- гомеопатических средств;

- вакцин у детей и взрослых с целью профилактических прививок, питательных смесей и корректирующих (биологически активных) добавок к питанию, средств, не являющихся лекарствами, средств народной медицины;

- средств контрацепции всех видов, средств для коррекции половой функции у мужчин; косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст.

- Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача учреждения здравоохранения.

- Любые расходы, понесенные до выдачи направления на лечение.

- Любые расходы, понесенные в ином медицинском учреждении, нежели указанном в направлении на лечение.

- Любые расходы, понесенные без соблюдения положений Полиса – Действий сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 2
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
от впервые диагностированных критических заболеваний

«Лечение критических заболеваний за рубежом»

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное (фармацевтическую организацию, сервисную компанию и т.д.) учреждение по направлению Страховщика, в связи с возникновением заболевания, впервые диагностированного и подтвержденного вторым медицинским мнением в течение срока действия Договора страхования после истечения временной франшизы, за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения.

Если это предусмотрено Договором страхования, могут покрываться расходы Застрахованного лица на медицинские услуги в связи с профилактикой заболеваний, предусмотренных Программой страхования, в случае выявления методом генетического тестирования предрасположенности возникновению данных заболеваний.

Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в период действия Договора страхования, в связи с заболеванием, которое было диагностировано или симптомы которого были впервые зафиксированы в медицинских документах в период действия Договора страхования и привело к необходимости оказания указанных ниже видов медицинской и иной помощи:

1. Лечение любых злокачественных опухолей, включая лейкемию, саркому и лимфому (за исключением лимфомы кожи), характеризующихся неконтролируемым ростом, распространением клеток и инвазией тканей.

2. Лечение любого рака *in situ* (если предусмотрено условиями Договора страхования). Рак без прорастания или рак *in situ* - злокачественная опухоль, которая образовалась в эпителии без прорастания в строму или окружающие ткани.

3. Лечение любого предракового изменения в клетках, которое цитологически и гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия.

4. Операция шунтирования коронарной артерии (реваскуляризация миокарда). по рекомендации консультанта-кардиолога для коррекции сужения или блокирования одной, или более коронарных артерий путем установки обходных трансплантатов.

5. Пересадка или восстановление сердечного клапана по рекомендации консультанта-кардиолога для пересадки или восстановления одного, или более сердечных клапанов.

6. Нейрохирургическая операция - любое хирургическое вмешательство в головной мозг, любые другие внутримозговые структуры, а также при доброкачественных опухолях в спинном мозге.

7. Пересадка органа от прижизненного донора/трансплантация ткани -хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному лицу пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы или костный мозг (аутологичный или аллогенный) от живого совместимого донора.

Страхование обеспечивается при соблюдении следующих условий:

- процедура проводится на протяжении срока действия Договора страхования, по истечении временной франшизы;

- диагноз, требующий оказания медицинской помощи, подтвержден вторым медицинским мнением;

- соответствующее заболевание или состояние не было диагностировано, и его симптомы не были зафиксированы в документах до даты начала действия полиса, до даты включения нового Застрахованного лица и/или на протяжении действия временной франшизы для соответствующего Застрахованного лица согласно Полису;

- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;

- медицинские расходы не превышают страховую сумму и не выходят за пределы, указанные в Полисе;

- лечение организовано Страховщиком/Сервисной компанией в соответствии с разделом Договора страхования «Действия сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая»;
- медицинские расходы возникли за пределами РФ и за пределами США;
- расходы на медицинскую диагностику, лечение, обслуживание, изделия медицинского назначения и рецептурные лекарственные препараты покрываются Договором согласно настоящей Программе.

В соответствии с Договором будут оплачены указанные ниже расходы (в пределах, указанных в Договоре страхования), возникшие в связи с покрываемыми страхованием заболеваниями и медицинскими процедурами, описанными настоящей Программой.

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

1. При лечении в больнице, в отношении следующего:

1.1 Проживание, питание и общие услуги по медицинскому уходу, предоставленные во время пребывания Застрахованного лица в комнате, палате или отделении больницы, либо в отделении интенсивной терапии.

1.2 Другие больничные услуги, в том числе, услуги, предоставленные в амбулаторном отделении больницы, а также расходы, относящиеся к стоимости дополнительной либо соседней койки, если больница оказывает такую услугу.

1.3 Использование операционной и всех относящихся к ней услуг.

2. За лечение в дневном стационаре при условии, что данное лечение предусмотрено условиями Договора страхования, и может быть оказано в данной больнице.

3. За лечение у врача – в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции.

4. За визиты врачей в процессе госпитализации.

5. За следующие медицинские и хирургические услуги, лечебные процедуры и предписания:

5.1 Анестезия и введение анестетиков, при условии выполнения квалифицированным анестезиологом.

5.2 Лабораторные анализы и исследование патологий, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие подобные анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением.

5.3 Переливания крови, введение плазмы и сыворотки.

5.4 Расходы, связанные с использованием кислорода, применение внутривенных растворов и инъекций.

6. За Лекарственные препараты, применяемые по медицинским назначениям при Госпитализации Застрахованного лица для лечения покрываемых программой страхования заболеваний или медицинских процедур.

7. За транспортировку наземными или воздушными транспортными средствами при условии, что их использование показано или предписано врачом и согласовано Страховщиком.

8. За услуги, оказываемые прижизненному донору в процессе удаления органа или ткани, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу, заключающиеся в следующем:

8.1 Процедура определения местонахождения потенциальных доноров.

8.2 Больничные услуги, оказываемые донору, в том числе: размещение в больничной комнате, палате или отделении, питание, услуги общего медицинского ухода, услуги, регулярно оказываемые персоналом больницы, лабораторные анализы, использование оборудования и других материально-технических средств больницы (за исключением предметов личного пользования, которые не являются необходимыми в процессе удаления предназначенного для трансплантации органа или ткани).

8.3 Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному лицу.

9. За услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу. Покрытие будет обеспечено только для расходов, понесенных с момента возникновения первоначальных покрываемых страхованием медицинских расходов.

Дополнительно к перечисленным медицинским расходам если это предусмотрено Договором страхования в Программу страхования могут быть включены медицинские расходы, связанные с выявлением генетически детерминированной предрасположенности к возникновению заболеваний:

- Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов.
- Общие клинические лабораторные исследования.
- Биохимические лабораторные исследования.
- Гистологические, цитологические исследования.
- Онкомаркеры.
- Гормональные исследования.
- Рентгенологические исследования.
- Ультразвуковые диагностические исследования.
- Функциональная диагностика.
- Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию). Сцинтиграфия, денситометрия, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).

РАСХОДЫ НА ПРОЕЗД

Для проезда Застрахованного лица и одного сопровождающего лица за границу (а также прижизненного донора в случае трансплантации) с единственной целью проведения лечения, согласованного со Страховщиком. Все мероприятия по подготовке проезда проводит Сервисная компания. Страховщик не оплачивает расходы по проезду, осуществленные Застрахованным лицом самостоятельно, либо осуществленные третьим лицом от имени Застрахованного лица.

Страховщик определяет даты поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу с целью предоставления достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика, Застрахованное лицо обязано выплатить компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с повторной организацией и оказанием услуг по переезду, если изменения не будут согласованы со Страховщиком как необходимые с медицинской точки зрения.

Покрываемые Договором страхования мероприятия по переезду включают в себя:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица до аэропорта или международной железнодорожной станции,
- проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса до города, где будет проводиться лечение, а также трансфер до согласованного Страховщиком отеля,
- проезд от отеля или больницы в аэропорт или до международной железнодорожной станции,
- проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до города, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо,
- проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного лица.

РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ

- Размещение Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (а также прижизненного донора в случае трансплантации) во время пребывания за границей с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком. Все мероприятия по организации проживания должна осуществлять Сервисная компания. Страховщик не оплачивает проживание, организованное Застрахованным лицом самостоятельно либо любым третьим лицом, действующим от имени Застрахованного лица.

Страховщик принимает решение в отношении дат бронирования размещения на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления ему достаточного количества времени для осуществления личных приготовлений.

Страховщик определяет дату возвращения по мере завершения лечения и подтверждения лечащего врача, что Застрахованное лицо в состоянии осуществлять переезд.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с повторной организацией и оказанием услуг по переезду, если изменения не будут согласованы со Страховщиком как необходимые с медицинской точки зрения.

Мероприятия по организации проживания включают в себя:

- Бронирование двухместного номера или номера с двухспальной кроватью в комфортабельном отеле (в категориях 3/4 звезды), согласно критериям, установленным в интересах Застрахованного лица. (Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км).

- Питание и непредвиденные расходы в отеле не являются предметом страхового покрытия. Застрахованное лицо не может за дополнительную плату повышать уровень комфортности в соответствующем отеле.

РАСХОДЫ ПО РЕПАТРИАЦИИ

В случае смерти Застрахованного лица (либо прижизненного донора в случае трансплантации), произошедшей за пределами Российской Федерации в процессе проведения лечения, организованного согласно данному Полису, Страховщик оплатит репатриацию останков в РФ.

Данное покрытие ограничивается только услугами и материалами, необходимыми для подготовки тела покойника и его транспортировки в РФ, в том числе:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- гроб с минимальными обязательными атрибутами;
- транспортировка тела покойника от аэропорта до указанного места захоронения в РФ.

Исключения из Программы добровольного медицинского страхования

Если иное не предусмотрено Договором страхования, в Программу страхования не входят консультации, диагностические исследования и лечение, связанное с любыми заболеваниями и состояниями Застрахованного лица, кроме тех, которые развились и были диагностированы в период действия Договора страхования (после истечения временной франшизы), и привели к необходимости оказания медицинской помощи, предусмотренной настоящей Программой, в том числе:

а) Расходы, понесенные в связи со всеми заболеваниями и медицинскими процедурами, не предусмотренными настоящей Программой .

б) Любые расходы, связанные с заболеваниями или травмами, полученными в результате войны, террористических актов, мятежей, стихийных бедствий, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции, а также в связи с официально объявленными эпидемиями.

в) Любые медицинские расходы, необходимость в которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголем и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов. К исключениям также относятся состояния и заболевания, причиной которых является попытка совершения суицида либо причинение себе вреда.

д) Расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного лица, либо возникшими при совершении преступления.

е) Предшествующие состояния - любые заболевания, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, либо проявившиеся связанными зафиксированными в медицинских документах симптомами в течение 10 лет до даты уведомления Застрахованным лицом о событии, обладающем признаками страхового случая.

ф) Экспериментальное лечение, а также диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения.

г) Медицинские процедуры, необходимые в связи с наличием СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита) или иного состояния, возникшего вследствие данных заболеваний (в т. ч. саркомы Капоши), а также для лечения СПИДа и ВИЧ.

h) Любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения заболеваний либо проведения медицинских процедур, входящих в Программу страхования.

и) Расходы на лечение заболеваний, при которых показана трансплантация органа.

ж) Любое заболевание, вызванное трансплантацией органа, за исключением случаев, когда данное заболевание покрывается Программой страхования.

Страховщик не оплачивает:

1. Любые расходы, возникшие в связи с какими-либо диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием и медицинским предписанием любого характера, понесенные в РФ и в США.

2. Любые расходы, возникшие в связи с какими-либо диагностическими процедурами, лечением, обслуживанием, принадлежностями, медицинским предписанием любого характера, понесенные в любой стране мира, тогда как Застрахованное лицо:

а) проживало за пределами Российской Федерации на протяжении более чем 183 дней в период 12 месяцев до первого обращения за услугой второе медицинское мнение;

б) не проживало на постоянной основе в Российской Федерации в момент подачи заявления по страховому случаю.

3. Любые расходы, понесенные в отношении какого-либо заболевания, диагностированного либо проявившегося первыми задокументированными симптомами на протяжении Временной франшизы.

4. Любые расходы, понесенные до выдачи предварительного медицинского свидетельства.

5. Любые расходы, понесенные в другой больнице, нежели уполномоченная больница, указанная в предварительном медицинском свидетельстве.

6. Любые расходы, понесенные без соблюдения положений Полиса – Действий сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая.

7. Любые расходы, понесенные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном (реабилитационном) учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрываемых страхованием заболеваний или проведения медицинской процедуры.

8. Любые расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез или протезов клапанов сердца, требующихся в результате хирургической операции, организованной и оплаченной в рамках данной Программы.

9. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования.

10. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированной фармацевтической организацией, либо приобретенные без наличия медицинского рецепта.

11. Любые расходы, понесенные вследствие применения альтернативной медицины, даже если такие меры специально прописаны врачом.

12. Любые расходы на медицинский уход в случаях церебрального синдрома, старческой немощи или церебрального нарушения, независимо от стадии их прогрессирования.

13. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам.

14. Любые расходы, понесенные Застрахованным лицом или его родственниками и сопровождающими лицами, за исключением расходов, четко указанных в качестве покрываемых Программой страхования.

15. Любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными.

16. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от определенного Страховщиком отеля до больницы либо лечащего врача.

Исключенные заболевания и медицинские процедуры

В случае лечения онкологических заболеваний:

- Рак кожи (за исключением злокачественных меланом).
- Рак без прорастания или рак *in situ* - злокачественная опухоль, которая образовалась в эпителии без прорастания в строму или окружающие ткани.
- Любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

В случае проведения операции шунтирования коронарной артерии

- Любая коронарная болезнь, лечение которой проводится с использованием иных методов, нежели шунтирование коронарных артерий, например, любым видом ангиопластической хирургии.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 3
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
от впервые диагностированных критических заболеваний

«Лечение критических заболеваний в педиатрии»

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное (фармацевтическую организацию, сервисную компанию и т.д.) учреждение по направлению Страховщика, в связи с возникновением заболевания, впервые диагностированного и подтвержденного вторым медицинским мнением в течение срока действия Договора страхования после истечения временной франшизы, за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной) и иной (в том числе транспортной, сервисной) помощи в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения.

Если это предусмотрено Договором страхования, могут покрываться расходы Застрахованного лица на медицинские услуги в связи с профилактикой заболеваний, предусмотренных Программой страхования, в случае выявления методом генетического тестирования предрасположенности к возникновению данных заболеваний.

Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в период действия Договора страхования, в связи с заболеванием, которое было диагностировано или симптомы которого были впервые зафиксированы в медицинских документах в период действия Договора страхования и привело к необходимости оказания указанных ниже видов медицинской и иной помощи:

–Высокотехнологичное лечение болезни Крона, неспецифического язвенного колита, гликогеновой болезни, фармакорезистентных хронических вирусных гепатитов, аутоиммунного гепатита, цирроза печени с применением химиотерапевтических, генноинженерных биологических лекарственных препаратов и методов экстракорпоральной детоксикации.

–Поликомпонентное лечение ювенильного ревматоидного артрита, юношеского анкилозирующего спондилита, системной красной волчанки, юношеского дерматополимиозита, ювенильного узелкового полиартрита с применением химиотерапевтических, генно-инженерных биологических лекарственных препаратов, протезно-ортопедической коррекции и экстракорпоральных методов очищения крови.

–Высокотехнологичное лечение кардиомиопатий, миокардитов, перикардитов, эндокардитов, резистентных нарушений сердечного ритма и проводимости сердца с аритмогенной дисфункцией миокарда с применением кардиотропных, химиотерапевтических и генно-инженерных биологических лекарственных препаратов.

–Поликомпонентное лечение кистозного фиброза (муковисцидоза) с использованием химиотерапевтических, генно-инженерных биологических лекарственных препаратов, включая генетическую диагностику.

–Поликомпонентное лечение тяжелой формы бронхиальной астмы и (или) атопического дерматита.

–Высокотехнологичное лечение по другим болезням, предусмотренным Договором страхования.

Страхование обеспечивается при соблюдении следующих условий:

- процедура проводится по истечении временной франшизы (при ее наличии);
- диагноз, требующий оказания медицинской помощи, подтвержден вторым медицинским мнением;
- соответствующее заболевание или состояние не было диагностировано, и его симптомы не были зафиксированы в документах до даты начала действия полиса, до даты включения нового Застрахованного лица и/или на протяжении действия временной франшизы для соответствующего Застрахованного лица согласно Полису;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- медицинские расходы не превышают страховую сумму и не выходят за пределы, указанные в Полисе;
- лечение организовано Страховщиком/Сервисной компанией в соответствии с разделом Договора страхования «Действия сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая»;

- расходы на медицинскую диагностику, лечение, обслуживание, изделия медицинского назначения и рецептурные лекарственные препараты покрываются Договором согласно настоящей Программе.

В соответствии с Договором будут оплачены указанные ниже расходы (в пределах, указанных в Договоре страхования), возникшие в связи с покрываемыми страхованием заболеваниями и медицинскими процедурами, описанными настоящей Программой.

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

Амбулаторно-поликлиническая помощь

- Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, гинеколог, гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр (однократный прием), врач мануальной терапии, дерматовенеролог, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, иммунолог-аллерголог, и др. специалистов.

- Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях.
- Общие манипуляции и процедуры.
- Эндоскопические исследования.
- Общие клинические лабораторные исследования.
- Биохимические лабораторные исследования.
- Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.
- Иммунологические лабораторные исследования.
- Гистологические исследования.
- Цитологические исследования.
- Гормональные исследования.
- Онкомаркеры.
- Вирусологические исследования.
- Рентгенологические исследования.
- Ультразвуковые диагностические исследования.
- УЗИ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.
- Электронейромиография.
- Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).
- Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).
- Сцинтиграфия, денситометрия, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).
- Сложные хирургические вмешательства, лазерные операции.
- Лучевая терапия, химиотерапия.
- Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям:
 - Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера (до 30 сеансов в период действия Договора страхования), ЛФК (до 10 сеансов в период действия Договора страхования).
 - Предгоспитализационное обследование при необходимости последующей госпитализации.
 - Ведение медицинской документации, выдачу листков нетрудоспособности и медицинских справок (кроме раздела А Программы страхования), а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

Стационарная помощь по плановым показаниям в том числе, включая медикаментозное лечение:

- медицинская транспортировка в стационар специализированным транспортом в сопровождении медицинского персонала, при наличии медицинских показаний;
- консультации и/или лечение в медицинском учреждении специалистами всех профилей (терапевт, хирург, онколог, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, дерматолог, окулист, эндокринолог, травматолог, гинеколог, стоматолог, уролог, кардиолог, инфекционист и др.);
- диагностические лабораторные исследования, (общеклинические методы исследования, биохимические исследования, вирусологические исследования, цитологические исследования и др.);

- инструментальные исследования (лучевая диагностика, включая компьютерную томографию; ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика.); сцинтиграфия, денситометрия, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография);

- хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационных палат, перевязки, туалет ран, инъекции и лечебные манипуляции т.д.; лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия. Переливания крови, введение плазмы и сыворотки;

- восстановительное лечение в условиях медицинского учреждения по медицинским показаниям, в том числе: физиотерапевтические процедуры по назначению врача, ЛФК, массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, ГБО, лазеротерапия - до 10 сеансов в период действия Договора страхования;

- пребывание в палате, питание, уход медицинского персонала.

Ответственность Страховщика, обусловленная Договором страхования, наступает с момента постановки диагноза. Для онкологических заболеваний диагноз должен быть подтвержден специализированным медицинским учреждением по результатам гистологического исследования опухоли.

Лекарственное обеспечение и обеспечение изделиями медицинского назначения

Если это предусмотрено Договором страхования Программа страхования включает возмещение Застрахованному лицу полностью или частично его личных средств, затраченных на самостоятельное приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, назначенных лечащим врачом, а именно:

Лекарственное обеспечение включает лекарственные средства следующих клинко-фармацевтических групп:

- Сердечно-сосудистые лекарственные средства
- Диуретики и препараты с диуретическим эффектом
- Средства, применяемые в неврологии
- Анальгетики
- Противовоспалительные средства
- Противоопухолевые средства
- Алкалоиды и другие лекарственные средства растительного происхождения, оказывающие противоопухолевое действие

- Препараты половых гормонов и препараты - антагонисты половых гормонов, ингибиторы синтеза гормонов

- Антиметаболиты

- Гормональные лекарственные средства, ферменты, ингибиторы ферментов, применяемые при лечении онкологических заболеваний

- Интерфероны, применяемые для лечения онкологических заболеваний

- Лекарственные средства, корригирующие процессы иммунитета

- Лекарственные средства, применяемые для коррекции побочных эффектов противоопухолевых препаратов

- Лекарственные средства, содержащие группы этиленмина и этилендиамина

- Производные нитрозомочевины и триазены

- Ретиноиды

- Химиотерапевтические лекарственные средства

- Эфиры дисульфоновых кислот и аналогичные по действию лекарственные средства

- Средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии

- Анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги

- Кортикотропины, гонадотропины и препараты, влияющие на продукцию гормонов

- Средства, влияющие на различные виды обмена

- Средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз

- Препараты иммуноглобулинов

- Средства, применяемые в проктологии

- Средства, применяемые в урологии

- Средства для наружного применения

- Стоимость протезов, эндопротезов, имплантантов (в том числе наборов для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.).

Дополнительно к перечисленным медицинским расходам, если это предусмотрено Договором страхования, в Программу страхования могут быть включены медицинские расходы, связанные с выявлением генетически детерминированной предрасположенности к возникновению заболеваний:

- Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов
- Общие клинические лабораторные исследования
- Генетические лабораторные исследования, ПЦР
- Биохимические лабораторные исследования
- Гистологические, цитологические исследования
- Онкомаркеры
- Гормональные исследования
- Рентгенологические исследования
- Ультразвуковые диагностические исследования
- Функциональная диагностика
- Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).

Сцинтиграфия, денситометрия, ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).

Сервисные услуги

Если это предусмотрено условиями Договора страхования, то оплате подлежат следующие расходы (в пределах лимитов, указанных в Договоре страхования), возникшие в связи с необходимостью проведения лечения покрываемых Программой страхования заболеваний и медицинских процедур:

1.1 Расходы на проезд

Проезд Застрахованного и одного сопровождающего его лица к месту лечения (а также донора в случае трансплантации) с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком. Все мероприятия по подготовке переезда проводит Страховщик (Сервисная компания), при этом Страховщик не оплачивает расходы по проезду, осуществленные Застрахованным лицом либо третьим лицом от имени Застрахованного лица самостоятельно.

Страховщик определяет даты поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты сообщаются Застрахованному с целью предоставления достаточного времени для подготовки поездки.

В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованный обязан оплатить Страховщику все затраты, связанные с организацией и оказанием услуг по переезду, если изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

Программой страхования покрывается:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица до ближайшего аэропорта или железнодорожной станции;
- проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса до населенного пункта, где будет проводиться лечение, трансфер до отеля;
- проезд от отеля или больницы в ближайший аэропорт или до железнодорожной станции
- проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до населенного пункта, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо;
- проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного лица.

1.2 Расходы на проживание

–Проживание Застрахованного и одного сопровождающего его лица (а также донора в случае трансплантации) во время нахождения за пределами постоянного места жительства с целью проведения лечения, утвержденного Страховщиком. Все мероприятия по организации проживания должен осуществлять Страховщик (Сервисная компания). При этом Страховщик не оплачивает проживание, организованное Застрахованным лицом либо любым третьим лицом, действующим от имени Застрахованного лица самостоятельно.

Страховщик (Сервисная компания) принимает решение в отношении дат бронирования размещения в отеле на основе утвержденного графика лечения. Эти даты сообщаются Застрахованному с целью предоставления достаточного времени для подготовки поездки.

Страховщик (Сервисная компания) определяет срок окончания поездки в соответствии со сроком завершения лечения и подтверждением лечащего врача, что Застрахованный в состоянии осуществлять переезд.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованный обязан выплатить компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

Мероприятия по организации проживания включают в себя:

- Бронирование двухместного номера или номера с двухспальной кроватью в отеле категории 3 звезды, согласно критериям, установленным в интересах Застрахованного. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к медицинскому учреждению, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км.

- Оплата питания и дополнительных расходов в отеле по Договору страхования не производится. Застрахованный не может за дополнительную плату повышать уровень комфортности в соответствующем отеле.

1.3 Расходы по репатриации

В случае смерти Застрахованного (либо донора в случае трансплантации), произошедшей за пределами его постоянного места жительства в процессе проведения лечения, организованного согласно данного Договора страхования, Страховая компания оплатит репатриацию останков.

Данное покрытие ограничивается только услугами и материалами, необходимыми для подготовки тела покойника и его транспортировки, в т. ч.:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- гроб с минимальными обязательными атрибутами;
- транспортировка тела от аэропорта до места захоронения (в соответствии с адресом регистрации) покойного.

Исключения из Программы добровольного медицинского страхования

Если иное не предусмотрено Договором страхования, в Программу страхования не входят консультации, диагностические исследования и лечение, связанное с любыми заболеваниями и состояниями Застрахованного лица, кроме тех, которые развились и были диагностированы в период действия Договора страхования (после истечения временной франшизы), и привели к необходимости оказания медицинской помощи, предусмотренной настоящей Программой, в том числе:

- a) Врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов.
- b) Заболевания (предшествующие медицинским состояниям), диагностированные у застрахованного лица до заключения Договора страхования и/или в период действия временной франшизы.
- c) Эпилепсия, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе алкоголизм, наркомания, токсикомания.
- d) Сахарный диабет и заболевания, развившиеся на фоне существующего сахарного диабета.
- e) Туберкулез.
- f) Лучевая болезнь, профессиональные заболевания.
- g) Заболевания, связанные со СПИДом или при его наличии.
- h) Рак кожи (за исключением злокачественных меланом), Рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухольевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез/женских половых органов, мочевого пузыря или простаты.

Страховщик не оплачивает:

- Консультации, диагностические исследования, лечение, связанные с беременностью и ее осложнениями. Услуги по планированию семьи прерывание беременности дородовое наблюдение и родовспоможение, генетические исследования; лечение бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции.

- Диагностика, лечение, манипуляции, операции и пр. по устранению косметических дефектов. Заболевания кожи и волос (нейродермит, экзема и атопический дерматит, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы, алопеция и пр.), а так же коррекция веса, гидроклонолтерапия.

- Тест «Гемокод». Диагностика и лечение с использованием авторских методов в ЛПУ, не предусмотренных программой страхования.

- Экспериментальное лечение или нетрадиционная медицина; применение виброкапсулы, вибросауны; бальнеолечение.
- Услуги психолога, диетолога, логопеда.
- Профилактические приемы врачей специалистов, диспансеризация, вакцинация, реабилитационно-восстановительное лечение, услуги, оказываемые в оздоровительных и профилактических целях.
- Выдача льготных рецептов, выписок из амбулаторных карт, обследование и выдача справок на ношение оружия, для ГИБДД, выезда за границу, поступления в учебные заведения и на работу, заполнение посылочного листа в бюро МСЭ.
- Услуги, не входящие в программу, не предписанные врачом и/или оказанные без медицинских показаний или по желанию Застрахованного.
- Оплата расходов Застрахованного на приобретение очковой оптики, контактных линз, слуховых аппаратов.
- Расходы, понесенные в течение периода действия временной франшизы.
- Услуги по содержанию и уходу на дому; медицинский уход при церебральном синдроме (мозговых расстройствах или повреждениях мозга, обусловленных частичным или полным ухудшением мозговых функций) или старости.
- Оплата телефонных разговоров.
- Покупка/аренда инвалидных колясок, специальных кроватей или другого медицинского оборудования.
- Расходы на проезд и проживание, понесенные застрахованным лицом самостоятельно, или понесенные третьим лицом по поручению Застрахованного.
- Лекарственные средства, не включенные в программу страхования. Лекарственные средства, назначенные по поводу любых заболеваний и состояний Застрахованного лица, кроме тех, которые развились и были диагностированы в период действия Договора страхования, и привели к необходимости оказания медицинской помощи, перечисленной в настоящей Программе.
- Медикаментозное лечение, связанное с беременностью, родами, послеродовыми заболеваниями и осложнениями.
- Медикаментозное лечение с применением:
 - гомеопатических средств;
 - вакцин у детей и взрослых с целью профилактических прививок, питательных смесей и корректирующих (биологически активных) добавок к питанию, средств, не являющихся лекарствами, средств народной медицины;
 - средств контрацепции всех видов, средств для коррекции половой функции у мужчин; косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст.
- Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача учреждения здравоохранения.
- Любые расходы, понесенные до выдачи направления на лечение.
- Любые расходы, понесенные в ином медицинском учреждении, нежели указанном в направлении на лечение.
- Любые расходы, понесенные без соблюдения положений Договора (Полиса) – Действий сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ ВПЕРВЫЕ
ДИАГНОСТИРОВАННЫХ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

№	Программа страхования	Тариф
1.	Лечение критических заболеваний	0,02
2.	Лечение критических заболеваний за рубежом	0,01
3.	Лечение критических заболеваний в педиатрии	0,01

Базовые тарифы указаны при условии установления отдельных страховых сумм по каждой Программе. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем Программам тарифы складываются. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем или части Программ, тарифы по соответствующим Программам умножаются на поправочный коэффициент 0.25 – 1.0.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающий или понижающий коэффициенты исходя из обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, указанных ниже. При наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Страховщик применяет следующие поправочные коэффициенты, связанные со степенью страхового риска:

В зависимости от пола и возраста Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от объема предоставляемого покрытия Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.01 до 28.0.

В зависимости от размера страховой суммы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 4.0.

В зависимости от общего состояния здоровья Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 99.

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 3.0.

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 2.0.

В зависимости от набора рисков и выбранного типа, и размера франшизы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.05 до 1.0.

В зависимости от рода занятий и увлечений Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.75 до 1.5.

В зависимости от общей численности коллектива, принимаемого на страхование Страховщик, может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в медицинской

анкете, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 3.5.

В зависимости от списка исключений из программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.3 до 1.0.

При уплате страховой премии в рассрочку, в зависимости от количества и сроков уплаты ее частей (базовые тарифные ставки рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии), Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 1.2.

При включении в число страховых рисков и страховых случаев по Договору страхования событий, перечисленных в п.п. 2.4., 2.5. Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При сокращении перечня исключений из Программы добровольного медицинского страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При включении в Договор страхования медицинских расходов, связанных с выявлением генетически детерминированной предрасположенности к возникновению заболеваний Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1,2 до 2.0.

При заключении Договора страхования в отношении лица, имеющего заболевания, перечисленные в п. 1.8. Правил страхования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.1 до 5.0.

При установлении кратности предоставления услуг по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.6 до 2.5.

При установлении лимитов выплат по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.02 до 1.0.

В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и Договор страхования в отношении данного риска не заключается.

Страховщик вправе использовать иные поправочные коэффициенты страхового риска в зависимости от индивидуального риска, иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) в размере от 0.01 до 9.0.