

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС»**

«Утверждаю»:
Генеральный директор



О.Б. Макова
М.П.

(Приказ № 301 от 15.08.2019 г.)

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

г. Смоленск

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски и страховые случаи
5. Страховая сумма. Размер и порядок оплаты страховой премии (страховых взносов).Франшиза
6. Заключение, срок действия и прекращение договора страхования
7. Последствия изменения степени риска
8. Права и обязанности сторон
9. Порядок осуществления страховой выплаты
10. Персональные данные
11. Прочие условия
12. Порядок разрешения споров

«СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ»:

Программа № 1 «Амбулаторнаяпомощь»

Программа № 2 «Стационарнаяпомощь»

Программа №3 «Стоматологическая помощь»

Программа № 4 «Комплексная медицинская помощь»

Программа № 5 «Реабилитационно-восстановительная помощь»

Программа № 6 «Ведение беременности»

Программа № 6 А «Акушерская помощь»

Программа № 7 «Лечение тяжелых заболеваний»

Программа № 8 «Медицинская помощь для иностранных граждан, временно пребывающих на территории РФ»

Программа № 9 «Лечение за рубежом»

Программа № 10 «АНТИКЛЕЩ»

Программа № 11 «Лекарственное обеспечение»

Программа № 12 «Скорая медицинская помощь»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее-Правила) составлены в соответствии с действующим Российским законодательством и определяют порядок и условия заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования с юридическими и физическими лицами.

1.2. Добровольное медицинское страхование (далее-ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным получение дополнительных медицинских и иных услуг. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, могут быть изменены (исключены или дополнены) по письменному соглашению сторон при заключении договора страхования или в период действия договора страхования, при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству. При этом условия договора страхования имеют преимущественную силу по сравнению с положениями настоящих Правил страхования.

1.3. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими Определениями.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

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 и порядок его отражения в договоре страхования устанавливаются по соглашению сторон.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Выжидательный период - промежуток времени, по истечении которого событие, предусмотренное договором страхования, свершившееся после истечения данного промежутка времени, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Программа добровольного медицинского страхования – перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых Страховщиком, а также медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо может получить медицинские услуги. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования.

Сервисные компании – сервисные или ассистентские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

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

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного медицинского учреждения на территории РФ.

Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством:

- для иностранных граждан – до транспортного узла, ближайшего к месту проживания Застрахованного или до врача, больницы, ближайшей к аэропорту места проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного;
- Застрахованного, из страны пребывания, адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшего медицинского учреждения в стране постоянного проживания или гражданства для получения медицинской помощи;
- останков до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный.

Иные услуги – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

Период охлаждения означает период времени, начинающийся со дня заключения договора страхования, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть договор страхования на условиях, изложенных в п. 6.11. настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен 14 (четырнадцать) календарных дней. Договором страхования срок периода охлаждения может быть увеличен.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, включенного в стоимость медицинских услуг, а также возмещение расходов на приобретение лекарственных средств (и при необходимости их доставку) в медицинской организации или аптечном учреждении, включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по медикаментозному обеспечению.

1.4. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся обязательными для исполнения Страхователем, Страховщиком, Застрахованным и Выгодоприобретателем.

1.5. Договор страхования на основании настоящих Правил считается заключенным в том случае, если в договоре страхования прямо указывается на их применение, сами Правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. Вручение Страхователю настоящих Правил при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования. При этом Страхователь соглашается, что заключение договора страхования не исключает и не ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств и не содержит явно обременительные для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) условия, которые, исходя из своих разумно понимаемых интересов, Страхователь мог бы не принять при наличии у него возможности участвовать в определении условий договора страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо и медицинское учреждение.

2.2. Страховщиком по договору страхования является Общество с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» (ООО РСО «ЕВРОИНС»), осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и Лицензией на осуществление страховой деятельности по данному виду страхования.

2.3. Страхователями по договору страхования являются юридические и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования на условиях настоящих Правил.

2.4. Застрахованный - названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса). Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

- а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- б) ВИЧ - инфицированы;
- в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;
- г) госпитализированы;
- д) имеют группу инвалидности.

При принятии вышеуказанных лиц на страхование в любом случае не являются страховыми случаями и не возмещаются расходы, а также не производится организация медицинской помощи в случаях, которые относятся к общим исключениям из Программ добровольного медицинского страхования, применимым к заключенному договору страхования.

2.5. Под медицинской организацией (учреждением) для целей настоящих Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг в объеме и на условиях Программы добровольного медицинского страхования (Программа) и приложений к ней, выбранных Страхователем, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию, а также сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом Полисе) или в приложении к нему, если иное не оговорено в договоре. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком или сервисными компаниями.

Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи, оказанной по Программам добровольного медицинского страхования, только в этих медицинских организациях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

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

Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному лицу при его обращении в медицинское (иное) учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния требующего оказания медицинской помощи.

4.2. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является:

4.2.1. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение, сервисную компанию и /или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, состояниях требующих оказания медицинских услуг, и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и другой) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной и другой) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования (в соответствии с программой страхования Застрахованному по медицинским показаниям могут быть предоставлены услуги по репатриации);

4.2.2. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в течение срока действия договора страхования в соответствии со страховой программой в иные медицинские и/или аптечные учреждения, помимо предусмотренных договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ) если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком.

4.3. Страховым случаем не является и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если договором не оговорено иное:

4.3.1. в медицинских и иных учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком.

4.3.2. В связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

4.3.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

4.3.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

4.3.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

4.3.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;

4.3.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

4.3.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

4.3.6. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм и/или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ООО "РСО «ЕВРОИНС»".

4.4. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:

4.4.1 военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;

4.4.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

4.4.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.4.4. стихийными бедствиями.

4.5. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, бальнеологической, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки Программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

4.6. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период - промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в

качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования наступают по окончании выжидательного периода.

Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ(СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ). ФРАНШИЗА.

5.1. 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.

5.1.1.Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных Программой страхования.

5.1.2.Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого застрахованного лица.

5.1.3.Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по Программе и /или по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу.

5.1.4.Установленная договором страховая сумма является предельным размером выплаты страхового возмещения по всем страховым случаям, произошедшим в течение действия договора страхования по конкретной Программе, виду помощи или заболеванию (если отдельные страховые суммы по видам помощи или заболеваниям предусмотрены договором).

5.1.5.Договор страхования считается исполненным Страховщиком, в полном объеме в части отдельной Программы или в целом с момента, когда страховые выплаты по Программе/договору страхования достигнут размера соответствующей страховой суммы.

5.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы, приведенные в Приложении 12 к настоящим Правилам.

При определении размера страховой премии Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено, заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) (от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

5.3. 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.

5.3.1.Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон.

При этом Страховщик вправе вводить повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, экспертно определяемые по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного, устанавливаемые на основании анализа иных сведений, полученных при заключении договора страхования, исходя из рода занятий Застрахованного, наличия привычек и других данных, влияющих на степень риска.

5.3.2.В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе устанавливать в следующем проценте от их годовых размеров, если в договоре не оговорено иное:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;
- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

5.4. Страховая премия по договорам страхования оплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.

5.5 Страховая премия оплачивается:

5.5.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;

5.5.2. в наличной форме в кассу Страховщика.

По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае страховая премия оплачивается в рублях по установленному договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день оплаты (перечисления)).

5.5.3. В Договоре страхования могут быть предусмотрены следующие условия при неуплате страховой премии, страхового взноса или оплате не в полном объеме:

- досрочное прекращение договора страхования;

- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;

- расторжение договора страхования и взыскание со страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;

- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если договором страхования не предусмотрено ни одно из вышеуказанных условий последствия неуплаты в установленные сроки страховой премии, очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме, то действует следующее условие:

- действие Договора прекращается со дня, следующего за днем, установленным Договором для оплаты страховой премии, очередного страхового взноса. При этом Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке с уведомлением об этом Страхователя (Выгодоприобретателя).

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

5.6.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

5.6.2. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

5.6.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

5.6.4. В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза- период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение, которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц.

6.2. Перед заключением договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения за счет Страхователя предварительного медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование, и/или их анкетирования, и/или предоставления выписки из истории болезни по предыдущему месту лечения для оценки фактического состояния лиц, принимаемых на страхование.

6.3. Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с Приложением 3 к настоящим Правилам путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. При взаимном согласии сторон форма договора страхования, предусмотренная Приложением 3 к настоящим Правилам, может быть изменена.

6.3.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:

• наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;

• наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;

• Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;

• Страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;

• Численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по договору страхования;

• Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса проживания, возможных контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;

- условия страхования;
- срок действия договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

6.3.2. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- Ф.И.О. Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- паспортные данные Страхователя;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;

• Страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;

• Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса проживания, возможных контактных телефонов, номера страховых программ по договору;

- условия страхования;
- срок действия договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

6.3.4. При заключении договора страхования страховщик обязан вручить страхователю правила страхования, о чем делается запись в договоре страхования.

Правила могут быть вручены страхователю:

• в виде изложения в договоре страхования (страховом полисе) на его оборотной стороне;

• в виде бумажного документа к договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;

• путем информирования страхователя об адресе размещения правил страхования на сайте страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу www.euro-ins.ru/o_kompanii/regulations/;

• путем направления файла, содержащего текст правил страхования, на указанный страхователем адрес электронной почты;

• путем вручения страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст правил страхования.

В случае если правила страхования были вручены страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста правил страхования на бумажном носителе, это не освобождает страхователя (выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими правилами страхования.

6.4. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.

6.4.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

6.4.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

6.5. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.

6.5.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.

6.5.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу, если иное не установлено Договором страхования.

6.5.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.

6.5.4. При утрате дубликата сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления.

6.5.5. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.

6.6. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.

6.7. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в медицинскую диспетчерскую службу Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис либо сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

6.8. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.9. При заключении договора сроком менее одного года, а так же при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии устанавливается согласно п.п.5.3.2 настоящих Правил.

Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

В соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации Договор страхования/Страховой полис может быть удостоверен факсимильной, электронно-цифровой подписью Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

6.10. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских услуг в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере - прекращается со дня, следующего за днем, установленным Договором для оплаты страховой премии, очередного страхового взноса. При этом Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке с уведомлением об этом Страхователя (Выгодоприобретателя);
- смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
- ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- признания судом договора страхования недействительным;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

6.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. Действие договора страхования прекращается не ранее дня подачи Страховщику письменного заявления об отказе (Приложение № 9 к настоящим Правилам), если на день подачи заявления об отказе возможность наступления страхового случая не отпала, и существование страхового риска не прекратилось.

6.11.1. Если Страхователь отказался от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения (периода охлаждения) и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - начала действия страхования)уплаченная Страховщику страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

6.11.2. Если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страхователю подлежит возврату часть уплаченной страховой

премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования;

6.11.3. Условия расторжения, изложенные в п. 6.11.1. и п. 6.11.2. настоящих Правил, действуют независимо от порядка и срока уплаты страховой премии и при отсутствии в указанных периодах событий, имеющих признаки страхового случая.

6.11.4. Уплаченную страховую премию Страховщик возвращает в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения от Страхователя заявления об отказе, в размере и в соответствии с условиями п. 6.11.1. и п. 6.11.2. настоящих Правил.

6.11.5. В течение периода охлаждения и в течение действия страхования, при наличии событий, имеющих признаки страхового случая, возврат уплаченной страховой премии не производится.

6.12. После окончания периода охлаждения и в течение действия страхования возврат уплаченной страховой премии не производится, если Договором страхования не предусмотрено иное.

6.13. Договором страхования может быть предусмотрено:

Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, за вычетом суммы произведенных страховых выплат по договору страхования и понесенных расходов на ведение дела, которая рассчитывается исходя из следующей формулы:

$$СПв = СПо - СПо * РВД - \frac{(СП - СП * РВД) * n}{N} - В, \text{ где}$$

СПв – часть страховой премии, подлежащей возврату Страхователю;

СПо – оплаченная страховая премия по договору страхования;

РВД – доля расходов Страховщика на ведение страхования в структуре тарифной ставки;

СП – страховая премия по договору страхования;

N – срок договора страхования в днях;

n – количество дней, которые действовал договор страхования, включая день досрочного прекращения договора;

В – сумма страховых выплат по договору страхования.

В случае если расчетное значение возвращаемой страховой премии имеет отрицательное значение, то возврат премии и доплата страховой премии Страхователем не осуществляется.

6.14. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.15. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).

6.16. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором,

6.17. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, то Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.

6.18. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить действие договора в отношении данных лиц с момента установления окончательного диагноза.

7. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

7.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.

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

7.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.п.7.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

8.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

8.1.2. выбрать любую лечебно-профилактическую организацию из числа, указанных в договоре страхования, и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления программы медицинского страхования, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное;

8.1.3. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

8.1.4. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

8.1.5. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком, и оплатить дополнительную страховую премию;

8.1.6. досрочно прекратить договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;

8.1.7. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;

8.1.8. получить дубликат сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в случае его утраты;

8.1.9. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.1.10. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;

8.1.11. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

8.1.12. запросить информацию о размере вознаграждения страхового агента или брокера при покупке страхового полиса у страхового агента или страхового брокера;

8.1.13. в любой момент действия договора страхования обратиться к страховщику за получением текста правил страхования на бумажном носителе.

8.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

8.2.1. своевременно оплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;

8.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц.

8.2.3. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства неизвестны Страховщику и не указаны в письменном заявлении Страховщика;

8.2.4. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

8.2.5. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;

8.2.6. соблюдать предписания лечащего врача;

8.2.7. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки), и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;

8.2.8. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;

8.2.9. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;

8.2.10. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.8.4.7 в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.

8.2.11. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

8.2.12. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.8.2.11 письменные согласия Застрахованных лиц

8.3. Страховщик обязан:

8.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;

8.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;

8.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;

8.3.4. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);

8.3.5. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;

8.3.6. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

8.3.7. соблюдать тайну страхования;

8.3.8. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.8.1.9 настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.

8.3.9. уведомлять страхователя о дополнительных условиях заключения договора страхования (проведение медицинского обследования или анкетирование лица, в отношении которого заключается договор) и возможности изменения размера премии после проведения медицинского обследования или анкетирования;

8.3.10. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, выбранным страхователем в заявлении на страхование при заключении договора (полиса) страхования. Если договор (полис) страхования заключается на основании устного заявления, то уведомление направляется на адрес, указанный страхователем в договоре страхования.

8.3.11. При заключении договора страхования Страховщик информирует Страхователя об адресах мест приема документов, при наступлении события имеющих признаки страхового случая, а также своевременно об изменениях таких адресов, в том числе но, не ограничивая, на официальном сайте Страховщика www.euro-ins.ru;

8.3.12. по письменному запросу Страхователя Страховщик в срок, не превышающий 30 дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно 1 раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

8.3.13. в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя в письменном виде об основании принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Страхователя в срок, не превышающий 30 дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно 1 раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты.

8.4. Страховщик имеет право:

8.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

8.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.8.2 Настоящих правил;

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

8.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь “03”; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;

8.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

8.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

8.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:

8.4.7.1. эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; неявка Застрахованного лица на прием к врачу, утеря страховых полисов или сертификатов (индивидуальных пластиковых карточек) и т.д.)

8.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по не страховому заболеванию или в ситуациях, указанных в п.п. 4.2, 4.3)

8.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении услуг, указанных в п.8.4.7.2

8.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.

8.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и оплачивает дополнительную страховую премию за не истекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.

9. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.

9.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

9.3. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

9.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.

9.5. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.

9.5.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

9.5.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

9.6. Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:

- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;
- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
- медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
- данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
- данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования.
- это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.

9.7. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

9.8. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.

9.8.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а так же подтверждаются документами, перечисленными в пункте 9.9 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

9.8.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.

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

9.9. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.8. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:

- Заявление в адрес Страховщика;
- оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;
- квитанция и кассовый чек;
- банковские реквизиты;
- иные документы по требованию Страховщика в соответствии с п.8.4.3 настоящих Правил.
- в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения в аптечной или медицинской организации, документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения (в том числе рецепт), а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения.

9.10. В течение 45-ти рабочих дней уполномоченные сотрудники Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о наличии признаков страхового случая в полученных медицинских услугах – соответствии их программе страхования и целесообразности оказания.

9.11. Сроки и порядок страховой выплаты:

- в случае оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, организациям, перечисленным в страховом Полисе или в приложении к нему, страховые выплаты производятся в порядке и сроки, предусмотренном договором между Страховщиком и соответствующей организацией, но не позже 90 календарных дней с момента выставления счета;

- в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного

медицинского страхования, но не позже 45-ти рабочих дней с момента выдачи уполномоченным сотрудником заключения о целесообразности получения медицинских услуг.

9.12. В случае выявления страховщиком факта предоставления заявителем документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и (или) ненадлежащим образом оформленных в соответствии с требованиями настоящих Правил страхования и (или) договора страхования, страховщик принимает документы и уведомляет в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней заявителя о недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документах.

В случае непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений. О факте приостановке сроков осуществления страховой выплаты Страховщик уведомляет письменно способом, указанным страхователем в заявлении о страховой выплате.

Срок принятия решения о страховой выплате не начинается исчисляться до предоставления заявителем последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

9.13. Налог при осуществлении страховой выплаты Страховщиком не рассчитывается.

10. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

10.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных», в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования.

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

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

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

11.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.

11.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ

Услуги по каждой из страховых программ предоставляются на базе медицинских и иных организаций (учреждений) по выбору Страхователя из числа предложенных страховщиком и по согласованию с ним. Перечень медицинских и иных организаций (учреждений) указывается в Договоре страхования.

Программа № 1 «Амбулаторная помощь»

I. Страховой случай

По настоящей программе страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию (учреждение) при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и, иной помощи, предусмотренной договором страхования.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО РСО «ЕВРОИНС» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие амбулаторно-поликлинические услуги лечебно-профилактического учреждения:

- лечебно-диагностические приемы, консультации врачей-специалистов
- лабораторные и инструментальные исследования;
- амбулаторные операции
- физиотерапевтическое лечение;
- массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, ЛФК;
- иммунопрофилактика;
- дневной стационар;
- забор анализов, патронажный визит, а также лечебно-диагностический прием медицинских работников по месту пребывания застрахованного;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (в т.ч. профессиональных), в том числе водителей транспортных средств.
- экспертиза временной нетрудоспособности, выдача медицинской документации

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения амбулаторно-поликлинических услуг Застрахованный должен обратиться в медицинскую организацию (учреждение), указанное в медицинской программе страхования, либо по телефону в диспетчерскую службу Страховщика.

Услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии у Застрахованного полиса добровольного медицинского страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение и документа, удостоверяющего личность.

2.2. Помощь на дому оказывается соответствующей службой медицинского учреждения только по адресу, указанному в договоре страхования или в списке Застрахованных, приложенном к договору страхования.

2.3. Застрахованный должен обратиться надиспетчерский пульт ООО РСО «ЕВРОИНС» для организации рекомендованных врачом медицинских услуг (кроме помощи на дому), при невозможности оказания таких услуг ни одним из указанных в Плате страхования Застрахованного медицинских учреждений.

Программа № 2 «Стационарная помощь»

По настоящей программе страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию (учреждение) при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и, иной помощи, предусмотренной договором страхования.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Госпитализация осуществляется как по плановым, так и по экстренным (срочно, без предварительной подготовки) показаниям при возникновении состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства, не оказание которого напрямую угрожает жизни и здоровью Застрахованного.

По настоящей программе ООО РСО «ЕВРОИНС» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях медицинские услуги, оказанные в условиях стационара (при невозможности или неэффективности лечения в амбулаторных условиях) с целью проведения консервативного или оперативного лечения:

- Осмотры, консультации врачей и другие профессиональные услуги;
- Лабораторные и инструментальные исследования,
- Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационных палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.д.
- Анестезиологическое пособие;
- Медикаментозная терапия;
- Восстановительное лечение и реабилитация, предписанные лечащим врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации
- Пребывание преимущественно в одно-, двух-, четырехместной палате, питание, уход медицинского персонала.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 При необходимости получения плановой или экстренной стационарной помощи Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу Страховщика по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, и сообщить данные полиса. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность.

2.2 Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в рекомендованное врачом медицинскую организацию (учреждение) из числа указанных в программе медицинского страхования, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь. В противном случае Застрахованный может быть госпитализирован в равноценное медицинское учреждение, имеющее договорные отношения с ООО РСО «ЕВРОИНС».

При необходимости получения экстренной медицинской помощи в медицинском учреждении без дальнейшей госпитализации медицинская транспортировка Застрахованного осуществляется в стационарное медицинское учреждение из числа указанных в программе страхования.

2.3. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного городскую (районную) больницу, способную оказать соответствующую медицинскую помощь. В дальнейшем ООО РСО «ЕВРОИНС» принимает меры для перевода Застрахованного в медицинскую организацию (учреждение) из числа указанных в программе страхования, которое готово принять Застрахованного при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.

2.4. Плановая госпитализация организуется ООО РСО «ЕВРОИНС» в течение не более 10 (десяти) дней с момента получения компанией указанной документации.

Программа №3
«Стоматологическая помощь»

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

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО РСО «ЕВРОИНС» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические, лечебно-профилактические стоматологические услуги, в том числе:

- терапевтическое лечение с использованием свето- и химиоотверждаемых композитных материалов;
- хирургическое лечение;
- рентгеновская и радиовизиографическая диагностика, и др. методы (в т.ч. КТ,МРТ, ортопантомография);
- анестезия;
- физиотерапевтическое лечение;

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения стоматологических услуг Застрахованный должен обратиться в медицинское учреждение, указанное в настоящей программе.

Услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса добровольного медицинского страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение и документа, удостоверяющего личность.

2.2. Застрахованный должен обратиться в отдел медицинского страхования ООО РСО «ЕВРОИНС» для организации рекомендованных врачом медицинских услуг (кроме помощи на дому), при невозможности оказания таких услуг ни одним из указанных в Плате страхования Застрахованного медицинских учреждений:

Программа № 4
«Комплексная медицинская помощь»

По настоящей программе страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию (учреждение) при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и других состояниях, требующих скорой и неотложной медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

Программа включает в себя возможный ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ и ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, соответствующие следующим программам:

- «Амбулаторная помощь», включая продукт «Врач офиса»
- «Стоматологическая помощь»
- «Стационарная помощь»
- «Скорая медицинская помощь»
- «Реабилитационно-восстановительная помощь»
- «Ведение беременности»
- «Акушерская помощь»
- «Лечение тяжелых заболеваний»
- «Медицинская помощь для иностранных граждан, временно пребывающих на территории РФ»
- «АНТИКЛЕЩ»
- «Лечение за рубежом»
- «Лекарственное обеспечение»

Программа № 5
«Реабилитационно-восстановительная помощь»

По настоящей программе страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию (учреждение) при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, реабилитационно-восстановительной и, иной помощи, предусмотренной договором страхования направленной на восстановление (реабилитацию) Застрахованного.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО РСО «ЕВРОИНС» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги по реабилитационно-восстановительному лечению в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях:

- лечебно-диагностические приемы врачей-специалистов;
- лабораторная и инструментальная диагностика;
- проведение лечебных манипуляций и процедур;
- физиотерапевтическое лечение, массаж, мануальная терапия, бальнеопроцедуры, ЛФК и др. физиотерапевтические процедуры;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- при лечении в санаторно-курортных учреждениях - пребывание преимущественно в одно- двух-, четырехместной палате, питание и уход медицинского персонала;
- экспертиза временной нетрудоспособности.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. При необходимости получения услуг по реабилитационно-восстановительному лечению Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в ООО РСО «ЕВРОИНС» по телефонам, указанным в программе страхования.

Реабилитационно-восстановительное лечение организуется отделом медицинского страхования ООО РСО «ЕВРОИНС».

Программа № 6
«Ведение беременности»

Страховым случаем является обращение Застрахованной в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию (учреждение) из числа предусмотренных Договором страхования в связи с дородовым и послеродовым наблюдением, требующим медицинской, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Программа предусматривает оказание следующих медицинских услуг по комплексному обследованию и наблюдению беременных женщин при заключении Договора на любом сроке беременности:

- наблюдение и лечение у акушера-гинеколога;
- наблюдение узких специалистов: терапевта, стоматолога, отоларинголога, офтальмолога и др.;
- инструментальная диагностика;
- лабораторные исследования;
- выдача обменных карт и листков временной нетрудоспособности.
- консультативно-диагностические приемы акушера-гинеколога в течение двух недель после родов.

Дополнительные исключения из программы:

1. Госпитализация (родовспоможение, стационарная акушерская помощь в экстренных случаях);
2. Лечение заболеваний, не связанных с беременностью.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения амбулаторно-поликлинических услуг Застрахованная должна обратиться в медицинское учреждение, указанное в медицинской программе страхования.

Услуги оказываются в режиме работы медицинской организации (учреждения) при наличии у Застрахованной полиса добровольного медицинского страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение и документа, удостоверяющего личность.

Программа № 6 А «Акушерская помощь»

Страховым случаем является обращение Застрахованной в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию (учреждение) из числа предусмотренных Договором страхования в связи с оказанием акушерской помощи, а также иной, связанной с ней медицинской консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО РСО «ЕВРОИНС» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги по оказанию акушерской помощи с 36 недели беременности:

- наблюдение и лечение у акушера-гинеколога;
- наблюдение узких специалистов: терапевта, стоматолога, отоларинголога, офтальмолога и др.;
- госпитализация до начала родов (по показаниям);
- инструментальная диагностика;
- лабораторные исследования;
- обезболивание с учетом медицинских показаний;
- ведение родов с учетом медицинских показаний;
- наблюдение в послеродовом отделении;
- лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства;

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Для получения медицинских услуг в условиях родильного отделения, Застрахованное лицо или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в ООО РСО «ЕВРОИНС» по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования.

Проведение родовспоможения организуется отделом медицинского страхования ООО РСО «ЕВРОИНС».

2.2. Услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии у Застрахованного полиса добровольного медицинского страхования и документа, удостоверяющего личность.

ПРОГРАММА № 7 «Лечение тяжелых заболеваний»

I. Страховой случай

При заключении договора страхования Страховщик гарантирует Застрахованному лицу организацию и оплату проведения обследований, лечения, включая амбулаторное лечение, оплату медикаментов, стационарное лечение, и иных услуг для организации лечения в России или за пределами Российской Федерации, при установлении Застрахованному одного из следующих заболеваний, медицинских состояний или необходимости лечения тяжелого заболевания в течение срока действия договора страхования.

1.1. Злокачественное новообразование: опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ—10) по следующим кодам: С00—С97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (С81—С96), а также новообразования *in situ* (D00—D09). Диагноз, требующий лечения, должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследований. В случае невозможности верификации диагноза с технической точки зрения или специфики клинического случая и локализации онкологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и так далее) Страховщик, если это

оговорено Договором, обеспечивает организацию проведения необходимых манипуляций для постановки диагноза, в том числе проведение необходимой операции и лечения.

1.2. Доброкачественная опухоль мозга

Постоянное неврологическое расстройство, развившееся вследствие удаления доброкачественной опухоли мозга под общей анестезией, или при неоперабельной опухоли. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами СТ или МРТ, характерными для данного состояния. Постоянное расстройство должно быть подтверждено медицинскими документами в течение, по меньшей мере, 3 месяцев. Из определения исключаются все кисты, гранулемы, мальформации в области вен и артерий головного мозга, гематомы и опухоли гипофиза или позвоночника.

1.3. Системная красная волчанка

Аутоиммунное заболевание, при котором происходит повреждение тканей и клеток организма вследствие отложения в них патогенных аутоантител и иммунных комплексов. Важное значение для признания страхового случая имеет степень поражения почек. Почечная функция застрахованного лица должна быть нарушена вследствие заболевания (нарушение функции почек III или IV класса по результатам почечной биопсии в соответствии с классификацией ВОЗ). Другие разновидности СКВ, такие как дискоидная красная волчанка или те, что вызывают исключительно поражения суставов и изменения в составе крови, из покрытия исключаются. Диагноз должен быть подтвержден специалистом, а также результатами гистологического исследования. Выраженный ревматоидный артрит

Ревматоидный артрит - хроническое системное воспалительное заболевание, сопровождающееся поражением многих тканей организма, но наибольшему воздействию подвергаются суставы. Чаще всего страдают суставы кистей и пальцев рук, в тяжелых случаях приводя к полной нетрудоспособности. Диагноз выраженного ревматоидного артрита должен быть подтвержден специалистом и заболевание должно проявляться следующими признаками:

- воспалительные явления (болезненность, отек, покраснение) отмечаются по крайней мере в 20-ти суставах;
- неэффективность лечения при адекватно назначенной терапии 2-мя медикаментами из группы НВПС, по крайней мере, в течение 6 месяцев каждый;
- необходимость в постоянном лечении кортикостероидами;
- признаки неконтролируемого системного воспаления (повторяющийся повышенный уровень С-реактивного белка);
- наличие на рентгенографии сустава признаков эрозии кости и потери хряща, по крайней мере в 3-ех суставных группах (например, палец, кисть и плечевой сустав).

1.4. Демиелинизирующие заболевания нервной системы

Демиелинизирующее заболевание - любое заболевание нервной системы, при котором повреждаются миелиновые оболочки нервных волокон, что ухудшает проведение сигнала в поврежденном нерве, вызывая нарушение чувствительности, двигательной функции, когнитивной способности и других функций организма. Рассеянный склероз, прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия, лейкодистрофия или поперечный миелит - примеры демиелинизирующих заболеваний. Диагноз должен быть подтвержден специалистом. Кроме того, заболевание должно иметь следствием постоянную неспособность самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия: мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу).

Результатом данного заболевания может также являться состояние полной прикованности к постели и неспособность подняться с кровати самостоятельно и без посторонней помощи. Описанные выше условия должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 6-ти месяцев.

1.5. Туберкулез

Мультирезистентный туберкулез (MDR) или туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (XDR) не поддается лечению обычными лекарственными схемами (напр., изониазид или рифампицин, являющиеся препаратами выбора при лечении туберкулеза).

Случаи мультирезистентного туберкулеза или туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью должны лечиться комбинациями из альтернативных препаратов в течение долгого периода. В большинстве случаев необходимо обеспечить условия изоляции такому пациенту.

Диагноз мультирезистентного или туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью должен быть подтвержден специалистом и данными лабораторных тестов, доказывающих наличие множественной резистентности.

Исключением из покрытия является:

- любая форма туберкулеза не классифицированная как мультирезистентный туберкулез или туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью или которая поддается лечению стандартными препаратами, включая изониазид или рифампицин;
- любая форма мультирезистентного туберкулеза или туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью в присутствии ВИЧ-инфекции.

1.6. Паралич

Полная и необратимая потеря двигательной функции двух и более конечностей по причине паралича вследствие несчастного случая или заболевания спинного мозга. Течение этого состояния должно наблюдаться специалистом на протяжении, по меньшей мере, трех месяцев и быть подтверждено соответствующей медицинской документацией

Исключением из покрытия является паралич при синдроме Гийена-Барре.

1.7. Слепота

Полная, постоянная и необратимая потеря зрения на оба глаза вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (офтальмологом) при наличии результатов специальных обследований.

1.8. Глухота

Полная и необратимая потеря слуха на оба уха вследствие перенесенного заболевания или несчастного случая. Диагноз должен быть подтвержден специалистом (оториноларингологом), а также результатами аудиометрии.

1.9. Потеря речи

Полная и необратимая потеря способности говорить вследствие повреждения или заболевания голосовых связок. Данное состояние должно быть подтверждено, по меньшей мере, в течение 6 месяцев специалистом (оториноларингологом). Потеря речи психогенного характера исключается из покрытия.

1.10. Инфаркт миокарда

Омертвление участка миокарда в результате недостатка кровоснабжения. Диагноз должен быть подтвержден специалистом при наличии всех нижеследующих признаков:

- присутствие в анамнезе типичных болей в грудной клетке;
- новые изменения на ЭКГ, характерные для инфаркта миокарда;
- значительное увеличение в крови уровня характерных для повреждения клеток миокарда ферментов, тропонинов или других биохимических маркеров.

Из покрытия исключаются:

- инфаркты миокарда с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST
- другие острые коронарные синдромы (такие как стабильная/нестабильная стенокардия)
- безболевого инфаркта миокарда

1.11. Инсульт

Любые цереброваскулярные изменения, вызывающие постоянную неврологическую симптоматику, и включающие в себя омертвление участка мозговой ткани, геморрагию и эмболию из экстракраниального источника. Диагноз должен быть подтвержден специалистом при наличии типичных клинических симптомов, а также данных компьютерной или магниторезонансной томографии головного мозга. Неврологическая симптоматика должна наблюдаться по меньшей мере 3 месяца.

Из покрытия исключаются:

- преходящие ишемические нарушения мозгового кровообращения
- травматические повреждения головного мозга
- неврологические симптомы, возникающие в результате мигрени

1.12. Бактериальный менингит

Воспаление оболочек головного и спинного мозга, подтвержденное специалистом, а также результатами специфических исследований (исследование крови и спинномозговой жидкости, КТ или МРТ головного мозга). Кроме того, заболевание должно иметь следствием постоянную неспособность самостоятельно выполнять три и более элементарных бытовых действия: мыться (способность мыться в душе или в ванне), одеваться (снимать или надевать на себя одежду, застегиваться или расстегиваться), соблюдать личную гигиену (пользоваться туалетом, поддерживать приемлемый уровень гигиены), подвижность (способность передвигаться дома или в пределах этажа), самостоятельно регулировать экскреторные функции, есть/пить (но не готовить пищу). Результатом данного заболевания может также являться состояние полной прикованности к постели и неспособность подняться с кровати

самостоятельно и без посторонней помощи. Описанные выше условия должны быть подтверждены медицинскими документами, по меньшей мере, в течение 3 месяцев.

1.13. Кома

Бессознательное состояние, с отсутствием ответной реакции на окружающие внешние раздражители или внутренние потребности организма, сохраняющееся на протяжении длительного промежутка времени, с использованием систем жизнеобеспечения, по меньшей мере, в течение 96 часов, и имеющее следствием постоянную неврологическую симптоматику. Кома вследствие злоупотребления наркотическими средствами/ алкоголем покрытием не покрывается.

1.14. Почечная недостаточность

Терминальная стадия заболевания почек, характеризующаяся хроническим необратимым нарушением функции обеих почек, в результате которого проводится регулярный диализ (гемодиализ или перитонеальный диализ) или осуществлена трансплантация донорской почки. Диагноз должен быть подтвержден специалистом.

1.15. Операции по поводу аритмии

Установка имплантируемого дефибриллятора

Необходимость имплантации дефибриллятора должна быть обусловлена наличием синдрома первичной желудочковой аритмии и подтверждено данными Холтеровского мониторинга ЭКГ или электрофизиологического исследования сердца или у пациентов с угрожающими жизни эпизодами желудочковой аритмии. Из покрытия исключается:

- Любые другие хирургические вмешательства
- Профилактическая имплантация дефибриллятора без подтверждения злокачественной аритмии
- Имплантация дефибриллятора по причине кардиомиопатии или после перенесенного инфаркта миокарда

Установка постоянного имплантируемого электрокардиостимулятора

Необходимость имплантации электрокардиостимулятора должна быть обусловлена наличием синдрома слабости синусового узла или АВ блокада III степени и подтверждено данными Холтеровского мониторинга ЭКГ или электрофизиологического исследования сердца. Из покрытия исключается:

- Любые другие хирургические вмешательства
- Профилактическая имплантация дефибриллятора без подтверждения злокачественной аритмии
- Имплантация дефибриллятора по причине кардиомиопатии или после перенесенного инфаркта миокарда

1.16. Аортокоронарное шунтирование: проведение хирургической операции на открытом сердце по исправлению сужения и (или) блокады одной или нескольких коронарных артерий методом коронарного шунтирования (КШ) и **аортокоронарное шунтирование с применением графта:** хирургическое восстановление аневризмы аорты (патологическое выпячивание стенки кровеносного сосуда аорты, в результате чего аорта расширяется, и аортальный клапан пропускает кровь, вследствие чего может произойти разрыв стенки артерии) в первый раз врачом-хирургом.

1.17. Хирургическая операция по замене клапана сердца: при стенозе клапана (ригидности клапана): стенозе трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии, митрального клапана или аортального клапана, регургитация крови или недостаточность клапана (клапан не закрывается полностью). Регургитации крови при недостаточности трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии, митрального клапана или аортального клапана.

Диагноз и необходимость хирургического вмешательства должны быть подтверждены заключением практикующего врача-специалиста и данными двух из перечисленных ниже исследований: ангиография коронарных артерий, КТ-ангиография или двухмерная эхокардиография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ); эхокардиография (ультразвуковое исследование сердца); ультразвуковое исследование органов брюшной полости или ангиография (рентгенографическое исследование кровеносных сосудов); трансэзофагеальная эхокардиография; радионуклидная ангиография.

При этом не является страховым случаем: Любое хирургическое вмешательство на ветвях аорты, любая другая хирургическая процедура, например, установка стентов или эндоваскулярное восстановление, пролапс митрального клапана (ПМК).

1.18. Трансплантация костного мозга: трансплантация костного мозга, проводимая в целях лечения лимфомы или лейкоза, необходимость проведения которого определена не менее чем 2-мя Врачами-специалистами в соответствующей области медицины в соответствии с принятыми медицинскими критериями, при этом диагноз лимфомы или лейкоза должен быть установлен в течение срока действия Договора страхования.

Трансплантация костного мозга должна удовлетворять следующим медицинским условиям: проводиться в лечебном учреждении, согласованном Сервисной компанией ей и/или Страховщиком; не являться экспериментальной процедурой и/или процедурой, выполняемой в научно-исследовательских целях и/или включать стволовые клетки; проводиться в соответствии с общепризнанными этическими стандартами Российской Федерации; проводиться при условии наличия дозы донорской крови, подходящей для трансплантации Застрахованному лицу в лечебном учреждении, осуществляющем трансплантацию.

При этом не является страховым случаем: расходы, связанные с поиском донора; все расходы до и после госпитализации донора, затраты на экспресс-обследование донора, стоимость органа или любого другого медицинского вмешательства у донора.

1.19. Нейрохирургия: любое хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах необходимое вследствие обнаружения злокачественных или доброкачественных опухолей, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга.

Диагноз должен быть подтвержден заключением практикующего врача-специалиста и наличием характерных клинических симптомов, а также характерных признаков, выявленных при КТ или МРТ.

При этом не является страховым случаем: стереотаксическая нейрохирургия, функциональная нейрохирургия (включая лечение болезни Паркинсона), хирургическое вмешательство при эпилепсии, транзиторные ишемические атаки (ТИА), травматические повреждения, мигрень, лакунарный инсульт без неврологической симптоматики.

II. Объем предоставляемых медицинских услуг

Предоставление и оплата медицинской помощи производится в соответствии с перечнем медицинских услуг, предусмотренных программой “Лечения тяжелых заболеваний”, являющуюся частью договора страхования:

2.1 Стационарная помощь

Включено в объем страхового покрытия: медицинская помощь (обследование и лечение) в больнице, диагностические мероприятия, лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунотерапия, респираторная терапия и кислородотерапия. Выполнение лечебных процедур средним медицинским персоналом и выполнение процедур по уходу младшим медицинским персоналом. Хирургическое вмешательство, включая сопутствующие расходы. Пребывание в реанимации, отделении интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия. Анестезия и обезболивающие препараты по назначению лечащего врача. Лекарственные препараты (в том числе, противоопухолевые и другие препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные материалы, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты. Имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего и наружного протезирования. Медицинские изделия и принадлежности. Пребывание в палате стационара. Индивидуальный медицинский уход после операции.

2.2 Амбулаторная помощь

Включено в объем страхового покрытия: медицинская помощь (обследование и лечение), диагностические лабораторные исследования, включая, помимо прочего: лабораторное обследование, инструментальные исследования, нейрофизиологическое исследование, ДНК-диагностика, в том числе исследования, необходимые для госпитализации в объеме, отвечающем требованиям стационара. Консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия и иммунотерапия. Лечебные процедуры, выполняемые медицинским персоналом. Обезболивающие препараты, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения назначенные лечащим врачом, перевязочные материалы и медицинские расходные материалы. Медицинская документация (экспертиза временной нетрудоспособности), оформление листов временной нетрудоспособности, оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям.

2.3 Уход после госпитализации

Включено в объем страхового покрытия: после окончания госпитализации расходы, связанные с лечением заболевания, включенного в страховое покрытие, если это необходимо по медицинским показаниям: консультации врачей-хирургов, специалистов-экспертов и врачей-терапевтов, диагностические исследования, включая лабораторные исследования, КТ или МРТ, рецептурные лекарственные препараты.

2.4 Паллиативная помощь

Включено в объем страхового покрытия паллиативная помощь в объеме, оговоренном договором.

2.5. Транспортировка и проживание.

Оплачиваются транспортные расходы на транспортировку к месту лечения на территории Российской Федерации или за пределами РФ для застрахованного лица при наличии заболевания, подпадающего под действие страхования, а также транспортные расходы одного сопровождающего лица..

Оплачиваются полном объеме стоимость проживания и питания для всех случаев пребывания в стационаре на территории Российской Федерации или за пределами РФ. В случае получения лечения в режиме дневного стационара или амбулаторного приема, оплачивается стоимость проживания в отеле застрахованного лица и одного сопровождающего лица.

2.6. Расходы на лекарственные препараты

Возмещаются расходы или часть расходов на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации, рекомендованные Застрахованному к применению его лечащим врачом согласно плану лечения, при одновременном выполнении следующих условий:

- наличие рецепта от лечащего врача и/или выписки из истории болезни;
- данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству на территории Российской, и находятся в свободной продаже.

2.7. Расходы на посмертную репатриацию.

В случае смерти Застрахованного в ходе получения лечения, предусмотренного по Договору, Сервисная компания организует, а Страховщик оплачивает расходы на репатриацию умершего к месту его постоянного проживания или захоронения. Компенсация указанных расходов ограничивается только расходами на услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего к его транспортировке, в том числе:

- услуги похоронного бюро по репатриации, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов.
- обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;
- транспортировку тела умершего от аэропорта или железнодорожного вокзала до места его постоянного проживания или назначенного места захоронения в России.

2.8. Организация лечения и оплаты медицинских услуг и иных расходов, связанных с лечением заболеваний по программе «Лечение тяжелых заболеваний».

Для организации обследований, предоставления медицинских услуг, лечения Застрахованного лица и иных услуг, связанных с организацией лечения, Страховщик может привлекать Сервисную компанию, которая организывает обследования, лечение, транспортировку Застрахованного лица к месту лечения, его проживание в месте лечения на территории Российской Федерации или за пределами РФ, а также оказывает иные сервисные услуги Застрахованным.

III. Исключения

3.1. Не оплачиваются расходы или организация медицинских услуг, связанных со следующими заболеваниями или состояниями:

- Хронические заболевания, диагностированные и имевшиеся у Застрахованного лица на дату начала действия договора страхования, если иное не оговорено договором
- Уже имеющееся заболевание, которое развилось не более чем за 10 лет до даты начала страхования.
- Состояния возникшие в течение «выжидательного периода» - периода времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого страховые риски, предусмотренные программой «Лечения тяжелых заболеваний», не признаются страховыми случаями или признаются страховыми случаями с определенными ограничениями, указанными в Договоре страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Выжидательный период определяется как первые 90 (девяносто) календарных дней со дня вступления в силу Договора страхования.
- Лечение и (или) уход при заболевании и (или) телесном повреждении, которые непосредственно или косвенно связаны с алкоголизмом, злоупотреблением наркотиками, наркоманией, или последствиями воздействия алкоголя, психотропных препаратов, психоделических препаратов и (или) наркотических средств.
- Лечение любого заболевания или в связи с требованиями, возникающими непосредственно или косвенно в связи с химическим или биологическим загрязнением, воздействием асбеста или в связи с радиоактивным загрязнением ядерным материалом каким-либо образом.
- Медицинские услуги, связанные с эпидемиями на международном и местном уровне, или пандемиями.

- Требования, прямо или косвенно связанные с медицинской ошибкой или неисправностью медицинского/хирургического оборудования или аппаратуры.

- Лечение, вызванное отказом обратиться за медицинской помощью или лечением или несоблюдением назначений, необоснованной задержкой в поиске или применении таких предписаний или лечения или осложнения, возникающих в результате игнорирования таких предписаний. Требования, возникающие в результате авиаперевозок, когда застрахованное лицо путешествует на сроке беременности свыше 28 недель.

- Стоимость процедуры трансплантации, в том числе использование механических органов или органов животных, удаление органа для трансплантации другому человеку, покупка донорского органа, лечение заболевания, вызванного трансплантацией органов, за исключением случаев, когда соответствующее заболевание включено в объем страхового покрытия этим полисом, если трансплантация связана с алкогольным поражением печени, проводится в качестве аутологичной трансплантации, когда застрахованное лицо является донором для третьего лица или если трансплантация становится возможной путем покупки донорских органов.

- Осложнения, вызванные трансплантацией органов, кроме случаев, когда осложнение возникает во время ранее одобренного стационарного, дневного или послеоперационного амбулаторного лечения по поводу трансплантации органов.

- Страховщик не покрывает стоимость медицинского вмешательства, необходимого по причине заболевания СПИДом (синдром приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или какого-либо заболевания, связанного с указанными болезнями (включая саркому Капоши) и любое лечение по поводу СПИД и ВИЧ.

- Страховщик не оплачивает лечение в случае пребывания в больнице больше 60 дней подряд при необратимом неврологическом повреждении или пребывании в устойчивом вегетативном состоянии.

- Медицински значимые изменения или ограничения в случае развития церебрального синдрома, старческой деменции или нарушения функции головного мозга.

- Врожденные нарушения, которые развились до даты начала действия страхования и по поводу которого Вы ранее обращались за лечением или консультацией.

- Хроническая почечная недостаточность или почечная недостаточность в терминальной стадии, при которой требуется регулярный или длительный диализ.

- Стоимость лечения при попытке самоубийства, преднамеренном самоповреждении, неосмотрительном или безрассудном поведении и (или) неоправданное подвергание себя опасности, за исключением попыток спасти человеческую жизнь.

3.2. Не оплачиваются следующие услуги

- Лечение, полученное после истечения срока действия договора, даже если лечение уже было предварительно разрешено, но на дату прекращения договора не было получено.

- Услуги хосписа.

- Искусственное жизнеобеспечение, включая использование аппарата искусственного поддержания жизни, если, по мнению лечащего практикующего врача или специалиста, такое обеспечение не приведет к выздоровлению или восстановлению прежнего состояния здоровья.

- Косметическое или эстетическое лечение, или лечение, которое проводится для восстановления внешности по причине заболевания, травмы или предыдущей операции, если это не предусмотрено Договором страхования.

- Любые расходы, связанные с лечением, обслуживанием или лекарственной терапией, которые Страховщиком определяются как экспериментальные или неподтвержденные для официального применения на основании общепринятой клинической практики и предоставленные нелицензированным врачом или близким членом семьи.

- Диетические или пищевые добавки и вещества, включая, помимо прочего, витамины, минералы, белковые добавки, детское питание и органические вещества независимо от того, назначены ли они практикующим врачом/врачом-специалистом и (или) признано, что они оказывают терапевтический эффект.

- Генетические исследования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

- Госпитализация, медико-санитарная помощь на дому или услуги, оказываемые в центре или учреждении, связанном с помощью и уходом, в хосписе или доме престарелых, если Договором страхования не предусмотрено иное.

- Страховщик не покрывает расходы, понесенные до госпитализации с целью получения согласованного с ним лечения, за исключением случаев, когда они предусмотрены договором о страховании и связаны с лечением, которое Страховщик подтвердил и которое необходимо осуществить до госпитализации.

- Страховщик не оплачивает рецепты свыше двух месяцев приема последующих лекарств в стране постоянного местожительства (или, в случае злокачественного новообразования, свыше ограничения размеров выплат, определенного в Договоре страхования в отношении злокачественного новообразования).

- Стандартное медицинское обследование, медосвидетельствование или исследования для исключения наличия заболевания без симптомов.

- Затраты на второе или последующее медицинское заключение от врача-терапевта или специалиста по тому же заболеванию, если только это не было одобрено и организовано Страховщиком.

- Стоимость телефонных звонков.

- Расходы на проезд и проживание, понесенные застрахованным лицом или третьим лицом от имени застрахованного лица, которые предварительно не были предусмотрены или разрешены Страховщиком.

3.3. Ограничения размеров выплат

- По любому из страховых рисков и объему предоставляемых медицинских услуг по программе “Лечения от тяжелых заболеваний” Страховщик имеет право установить лимиты своей ответственности в виде денежной суммы, в пределах которых оказываются медицинские услуги и организуется лечение на территории Российской Федерации или за пределами РФ.

IV. Определения

«Годовой лимит»- максимальная сумма, которую Страховщик выплатит по всем причитающимся платежам/ выплатам в совокупности за одно застрахованное лицо за период страхования.

«Ограничения размеров выплат»- ограничение, применимое к отдельным выплатам или их частям страхового возмещения. Такие ограничения могут относиться как к расходам, так и к периодичности. Все ограничения размеров пособий применяются к каждому застрахованному лицу и либо к заболеванию, либо к периоду страхования.

«Трансплантация костного мозга» - трансплантация костного мозга (ТКМ) или трансплантация стволовых клеток периферической крови (ТСКПК) клеток костного мозга застрахованному лицу, от застрахованного лица (аутологичная трансплантация костного мозга) или от живого совместимого донора (Аллогенная трансплантация костного мозга).

«Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)» - внезапная гибель клеток головного мозга вследствие недостатка кислорода при нарушении тока крови в головном мозге в результате блокады или разрыва артерии головного мозга.

«Церебральный синдром» - наличие заболевания или повреждения головного мозга, которое ведет к частичному или полному ухудшению функции головного мозга.

«Аортокоронарное шунтирование» - хирургическая операция по замене или восстановлению одного или нескольких клапанов, как вследствие повреждения, так и вследствие заболевания, при которой обычно требуется консультация врача-кардиолога.

«Пациент на дневном стационаре» - лицо, которое поступило в больницу или амбулаторное отделение, где ему нужно пройти период восстановления под медицинским наблюдением, но где он не остается на ночь.

«Назначенные лекарственные средства и перевязочные материалы» - жизненно важные рецептурные лекарственные препараты, перевязочные материалы и необходимые для лечения подпадающих под страхование заболеваний препараты, которые зарегистрированы и признаны в стране назначения и применения практикующих врачом-терапевтом или врачом-специалистом.

«Географическая территория»- зона, где действует страхование и где может проводиться лечение. Указывается в договоре страхования.

«Замена сердечного клапана» - хирургическая операция по замене или восстановлению одного или нескольких клапанов, как вследствие повреждения, так и вследствие заболевания, при котором обычно требуется консультация врача-кардиолога.

«Сопровождающее лицо»– лицо, сопровождающее Застрахованного за рубежом или в России к месту проведения лечения / проведения сложной хирургической операции и находящееся с ним во время пребывания Застрахованного за рубежом или в России. Сопровождающим лицом может быть родственник, супруг (супруга), близкий друг, необходимость присутствия которого определяется медицинскими показаниями для Застрахованного. Страховщик несет свои обязательства, предусмотренные Договором страхования, в отношении только одного Сопровождающего лица.

«Заболевание» - любое заболевание, травма или расстройство здоровья.

«Необходимый по медицинским показаниям» - лечение, которое по заключению квалифицированного практикующего врача-терапевта/врача-специалиста является уместным и соответствующим диагнозу, имеет, как установлено, медицинское значение и соответствует общепризнанным стандартам оказания медицинской помощи, не может быть пропущено без неблагоприятных последствий для состояния застрахованного лица или качества оказываемой медицинской помощи. Проведение такого лечения необходимо по причинам, не связанным с удобством или комфортом пациента или медицинского работника/специалиста, и предоставляется только на соответствующий период времени.

«Нейрохирургия» - любое хирургическое вмешательство в отношении головного мозга или других структур в черепе, а также хирургическое лечение доброкачественных опухолей, расположенных в спинном мозге.

«Паллиативная помощь» - комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больного, являющегося застрахованным лицом. Паллиативная помощь может быть оказана застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях.

Услуга по пребыванию застрахованного лица в хосписе предоставляется, если заболевание, которым страдает застрахованное лицо, одновременно отвечает следующим критериям: имеет прогрессирующий характер (то есть постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии; не поддается лечению, что вызывает потребность в стационарной паллиативной помощи, а также позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превысит нескольких недель или месяцев.

«Уже имеющееся заболевание»- любое заболевание или связанное состояние, по поводу которого Застрахованный получал лечение, из-за которого испытывали какие-либо симптомы (как исследованные, так и нет) или обращались за консультацией до даты начала страхования.

«Связанные заболевания» - Заболевание, которое, по заключению Страховщика, является основной причиной или напрямую связано с заболеванием, в отношении которого страхователь направляет заявку.

«Хирургическое вмешательство» - относится к операции или вмешательству, которые необходимы для лечения болезни или травмы любой части тела или системы. Операция предусматривает выполнения разреза для выполнения внутреннего входа и выполняется квалифицированным хирургом. Лечение следует проводить в помещении операционной, которое располагается в аккредитованной больнице.

«Лечение» - медицинские или хирургические услуги (включая проведение диагностических исследований), которые необходимы для диагностики, облегчения, лечения какого-либо медицинского состояния, расстройства здоровья или травмы под наблюдением признанного врача-специалиста.

«Сервисная компания» - зарубежная или российская сервисная компания, которая может оказывать ассистанские услуги по подтверждению или уточнению диагноза тяжелого заболевания или его лечения, организовывать лечение Застрахованного лица в России или за рубежом и его транспортировку к месту его обследования или лечения, а также оказывать иные сервисные услуги Застрахованным.

ПРОГРАММА № 8

«Медицинская помощь для иностранных граждан, временно пребывающих на территории РФ»

І. Страховой случай

В соответствии с настоящей программой подлежат страхованию иностранные граждане, временно находящиеся на территории Российской Федерации.

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.

По настоящей Программе ООО РСО «ЕВРОИНС» организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу по медицинским показаниям при:

- остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме, отравление, ожоге (обморожении);
 - несчастном случае
- следующий возможный объем медицинской помощи (если другое не определено Договором):
1. Первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме.
 2. Стоматологической помощи в неотложной форме.
 3. Скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме.
 4. Специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в неотложной форме
 5. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации.

ІІ. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. Первичная медико-санитарная помощи в неотложной форме

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

2. Стоматологическая помощь в неотложной форме

- оказывается в форме первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи
- терапевтическое лечение: купирование острой зубной боли;
- хирургическое лечение: удаление зубов, вскрытие абсцессов и др.;
- рентгеновская и радиовизиографическая диагностика;
- местная анестезия.

В страховую программу по Стоматологической помощи не входит (если иное не определено Договором):

- Лечение после снятия острой зубной боли, восстановление зуба.
- Все виды зубопротезирования, подготовка к зубопротезированию; имплантация; ортодонтия;
- лечение заболеваний пародонта сверх объема, указанного выше;
- косметология полости рта (отбеливание зубов, лечение некариозных поражений зубов.);
- глубокое фторирование; стоматологическая пластика; депофорез, использование термофилов, стекловолоконных и анкерных штифтов); снятие зубных отложений.
- проведение диагностических и лечебных манипуляций сверх указанного объема;
- прием и консультации врачей-специалистов сверх указанных в программе.

3. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь в экстренной и неотложной форме

Программа скорой и неотложной медицинской помощи включает:

- оказывается в форме первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи
- терапевтическое лечение: купирование острой зубной боли;
- хирургическое лечение: удаление зубов, вскрытие абсцессов и др.;
- рентгеновская и радиовизиографическая диагностика;
- местная анестезия.

в исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «03».

4. Специализированной медицинской помощи с стационарных условиях в неотложной форме

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

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

5. Медико- транспортные услуги и услуги по репатриации

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

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача);

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

III. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

Для получения медицинских услуг Застрахованные должны обратиться на Круглосуточный медицинский пульт ООО РСО "ЕВРОИНС".

УСЛОВИЯМИ СТРАХОВАНИЯ НЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ

Не оплачивается предоставление Застрахованному лицу следующих медицинских услуг или лечение (если иное не установлено договором и программой страхования):

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

самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица.
- стационарное лечение, связанное с проведением кардиохирургических операций;
- заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации;
- стационарное лечение, связанное с проведением сложных реконструктивных операций (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов и т.д.); нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм); лечение, связанное с проведением пластических операций; исследования сосудов, оказание медицинских услуг в связи со следующими заболеваниями и связанными с ними осложнениями: системные заболевания соединительной ткани;
- заболеваний крови и кроветворных органов,
- урогенитальных инфекций, передающиеся половым путем и ВИЧ инфекции;
- туберкулеза; саркоидоза; псориаза; эпилепсии;
- демиелинизирующих болезней нервной системы;
- бесплодия (мужского и женского), импотенции;
- стоматологической помощи в следующем объеме: протезирование, ортодонтическое лечение, установка имплантов, косметические и профилактические мероприятия, удаление зубного камня, общие медицинские осмотры и консультации;
- хронической почечной и печеночной недостаточности; острой и хронической лучевой болезни; косметических дефектов; врожденных аномалии и наследственные болезни; заболевания, связанные с необходимостью любых видов протезирования; алкоголизм, наркомания, токсикомания, лечение хронических заболеваний;

не входит в программу компенсация расходов застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения (за исключением оплаты расходов на использование медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами и в рамках программы ДМС лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи, в том числе оплата лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов).

Программа № 9 «Лечение за рубежом»

I. Страховой случай

По настоящей программе страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию (учреждение) за пределами Российской Федерации при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и других состояниях, требующих скорой и неотложной медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

Программа включает в себя возможный ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ и ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, соответствующие следующим программам:

- «Амбулаторная помощь»
- «Стоматологическая помощь»
- «Стационарная помощь»
- «Реабилитационно-восстановительная помощь»
- «Акушерская помощь»
- «Скорая медицинская помощь»

В рамках данной программы могут оплачиваться транспортные расходы на транспортировку к месту лечения за пределами РФ для застрахованного лица при наличии заболевания, подпадающего под действие страхования, проживание при необходимости, а также транспортные расходы одного сопровождающего лица.

Для организации обследований, предоставления медицинских услуг, лечения Застрахованного лица и иных услуг, связанных с организацией лечения, Страховщик может привлекать Сервисную компанию,

которая оказывает ассистанские услуги и организывает обследования, лечение, транспортировку Застрахованного лица к месту лечения, его проживание в месте лечения за пределами РФ.

Программа № 10 «АНТИКЛЕЩ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за специализированной медицинской помощью:

- при укусе клеща - не позже, чем в течение 48 часов после укуса;
- при подозрении на заболевание клещевым энцефалитом и клещевым системным боррелиозом после введения иммуноглобулина и проведения экстренной антибиотикопрофилактики в течение 48 часов после укуса.

Цель программы — предупреждение и лечение заболевания клещевым энцефалитом и клещевым системным боррелиозом (болезнь Лайма).

Программа включает в себя организацию всем Застрахованным специализированной медицинской помощи при укусе клеща и альтернативной консультативной, стационарной и реабилитационной помощи при заболевании, а также возмещение расходов Застрахованного на приобретение антибактериальных препаратов, назначенных врачом в рамках настоящего страхового случая. В программу входит следующий комплекс медицинских услуг:

1. При укусе клеща:

Первичный медицинский осмотр и удаление присосавшегося клеща в лечебном учреждении;

Исследование клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита и возбудителя клещевого системного боррелиоза в течение 48 часов после укуса;

В течение первых двух суток при положительном анализе клеща на клещевой энцефалит, боррелиоз (болезнь Лайма):

- проведение экстренной профилактической иммунизации противэнцефалитным иммуноглобулином в течение всего срока действия страхового полиса, при повторном укусе не раньше, чем через 6 недель после предыдущей иммунизации
- проведение экстренной антибиотикопрофилактики боррелиоза (болезнь Лайма);
- при отсутствии возможности исследования клеща диагностическое исследование крови человека на иммуноглобулины к боррелиям (однократно) не ранее чем через 4 недели после укуса
- при необходимости - консультация квалифицированного специалиста в период от укуса клеща до возможного заболевания.

2. В случае заболевания (стационарное лечение):

- срочная госпитализация в специализированное отделение по направлению врача консультанта;
- лечение в соответствии с выявленным заболеванием препаратами, разрешенными Фармакологическим комитетом Российской Федерации и методами, разрешенными Минздравом РФ;
- проведение лабораторных диагностических тестов в динамики развития заболеваний:
 - клещевой энцефалит.
 - клещевой системный боррелиоз.
 - микстинфекции: клещевой энцефалит, болезнь Лайма.
- при необходимости дополнительная консультативная помощь ведущих специалистов.

ПРОГРАММА № 11 «Лекарственное обеспечение»

I. Страховой случай

По настоящей программе Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая (острое заболевание, обострение хронического заболевания, инфекция, травма (в том числе ожог, отморожение), отравление и другие состояния, а также причины, требующие оказания медицинской или иной помощи), предусмотренной договором страхования) предоставление и оплату лекарственного обеспечения Застрахованного лица по назначению врача, в соответствии с перечнем медицинских услуг, предусмотренным Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены следующие услуги:

II. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе Страховщик гарантирует Застрахованному лицу оплату лекарственного обеспечения (лекарственными препаратами и (или) изделиями медицинского назначения) при обращении в медицинскую организацию при наступлении страхового случая в соответствии с перечнем медицинских услуг, предусмотренным Программой добровольного медицинского страхования:

Частичная или полная компенсация расходов застрахованных на самостоятельное приобретение лекарственных препаратов, предписанных врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования в аптечных учреждениях или предоставление застрахованным по программе добровольного медицинского страхования в аптечных учреждениях, являющихся структурными подразделениями медицинских учреждений, лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения определенных Договором страхования, предписанных врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения.

Не являются страховым случаем и не оплачиваются страховщиком расходы по приобретению лекарственных препаратов и медикаментов, приобретенные Застрахованным без назначения врача в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, и (или) лекарственные препараты и медикаменты, не входящие в список, согласованный со Страховщиком.

ПРОГРАММА № 12 «Скорая медицинская помощь»

I. Страховой случай

По настоящей программе страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и других состояниях, а также причинах, требующих скорой медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

II. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

По настоящей программе РСО «ЕВРОИНС» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги службы скорой и неотложной медицинской помощи:

- Выезд бригады скорой медицинской помощи, включая выезд специализированной бригады
- Проведение неотложных диагностических и лечебных мероприятий, включая необходимую экспресс-диагностику.
- Медицинская транспортировка
- Дежурство по месту необходимого оказания медицинских услуг.

III. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. При необходимости получения скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу Страховщика по телефонам, указанным в программе добровольного медицинского страхования, и сообщить данные полиса. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность.

ИСКЛЮЧЕНИЯ из Программ добровольного медицинского страхования

Страховщик вправе не оплачивать, если иное не оговорено в договоре страхования:

1. медицинские услуги, оказываемые по поводу нижеперечисленных заболеваний (с момента постановки диагноза) и / или их осложнений:

- онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразований злокачественного течения);
- наследственные и врожденные заболевания, аномалии и пороки развития органов;
- венерические заболевания;

- заболевания, передаваемые преимущественно половым путем (лечение и повторное исследование);
- ВИЧ-инфекция;
- психические заболевания, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы; органические психические расстройства (включая симптоматические), расстройства поведения, настроения, личности, невротические и соматоформных расстройств;
- эпилепсия;
- нарушения речи;
- алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева;
- муковисцидоз;
- псориаз; глубокие микозы;
- туберкулез, саркоидоз, независимо от клинической формы и стадии процесса;
- хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;
- цирроз печени;
- заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств, требующих сложного и реконструктивного оперативного лечения (кардиохирургического, нейрохирургического и т.п.);
- демиелинизирующие заболевания нервной системы;
- острая и хроническая лучевая болезнь;
- профессиональные заболевания, вызванные воздействием химических, физических производственных факторов, лазерного излучения;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе чума, холера, оспа, желтая лихорадка; вирусные геморрагические лихорадки.
- бесплодие (мужское и женское), импотенция.

2. Расходы за:

- медицинские услуги, не предписанные врачом;
- пребывание в стационаре для получения попечительского ухода, реабилитации в условиях стационара, диспансеров, санаториев, профилакториев, восстановительных центров и других специализированных лечебных учреждений;
- диагностику заболеваний, указанных в п.1 настоящих Исключений, проводимой без медицинских показаний;
- медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения оздоровительных учреждений, санаторно-курортной карты, поступления в учебные заведения и на работу, выезда за рубеж и т.п.
- услуги традиционной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикулодиагностика, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридодиагностика, энергоинформатика), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия), мануальная терапия и массаж (за исключением случаев, предусмотренных Программами ДМС) и оздоровления (цугун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия), а также лечение, которое является по характеру экспериментальным или исследовательским;
- традиционные системы оздоровления, например: профилактический массаж, тренажеры, солярий, бассейн, водные процедуры.
- плановое хирургическое лечение (в том числе лазерная хирургия) близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
- консультации, обследования и тесты по беременности; патологии беременности при сроках свыше 8 недель; прерывание беременности без медицинских показаний вне зависимости от срока беременности; лечение в отделении патологии беременности; родовое наблюдение и родовспоможение;
- услуги по планированию семьи; лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение или удаление ВМС, а также антистерилизацию.
- психотерапию (повторные консультации и лечение);
- иммунокоррекцию, расширенное иммунологическое исследование;
- гипербарическую оксигенацию;

- проведение программного гемодиализа (экстракорпоральные методы лечения: гемосорбция, плазмофорез, лазеротерапия, УФО крови);
- протезирование всех видов;
- пластическую хирургию, ортопедию, за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;
- устранение косметических дефектов лица (в том числе в стоматологии), тела, конечностей независимо от времени их возникновения;
- диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; коррекция веса; хирургическое изменение пола;
- ортодонтическое лечение у детей и взрослых, за исключением случаев, связанных с восстановлением и / или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;
- зубопротезирование, включая подготовку к нему и восстановление коронки зуба с помощью штифта (за исключением случаев, предусмотренных Программами ДМС); имплантация зубов;
- удаление и депульпирование зубов при подготовке к зубопротезированию; косметическое восстановление зуба; замену старых пломб без медицинских показаний с косметической или профилактической целью, герметизацию фиссур; снятие зубных отложений и пигментных налетов, отбеливание зубов, покрытие фторсодержащими препаратами с профилактической целью;
- лечение заболеваний парадонта;
- приобретение Застрахованным лицом лекарственных препаратов и перевязочных материалов, предметов медицинского назначения, медицинского оборудования, очки, контактные линзы, слуховые аппараты и имплантанты, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления и расходы на их подгонку;
- возникшие после окончания срока действия договора страхования (кроме расходов по экстренной или плановой стационарной помощи, связанных с лечением Застрахованного лица, госпитализированного в течение срока действия договора страхования, - до момента выписки его из стационара);
- не предусмотренных Программой ДМС и договором страхования;
- в Медицинских учреждениях, не предусмотренные договором страхования, если это особо не согласовано со Страховщиком в связи с заменой Медицинского учреждения;
- в связи с острыми патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при умышленной передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- выполняемых по инициативе Застрахованного лица без медицинских показаний.