

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
Страховая компания «Константа»

У Т В Е Р Ж Д Е Н Ы
Приказом
№ 23 от 21 апреля 2021 г.
Генерального директора
ООО СК «Константа»
/ Данилов М.В./



ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Москва, 2021 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
7. ФРАНШИЗА
8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «Константа» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор страхования или договоры страхования).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование и страхование финансовых рисков. Добровольное медицинское страхование (далее также - ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями договоров страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.2 Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Страховщик - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, санаторно-курортное лечение, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Программа добровольного медицинского страхования (Программа) – объем медицинской помощи, составленный Страховщиком, а также порядок её оказания. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги², в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

Договоры добровольного медицинского страхования являются для целей налогообложения страхователей и застрахованных лиц в части страховых взносов и страховых выплат договорами, предусматривающими возмещение медицинских расходов.

Сайт Компании - официальный сайт ООО СК «Консанта» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.konstanta.ru.net.

Официальный Сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в т.ч. для направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Под медицинскими учреждениями -- для целей 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.

Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.

Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

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.

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.

Эвакуация – неотложная транспортировка Застрахованного по медицинским показаниям в ближайшее медицинское учреждение, имеющее соответствующие лицензию, оборудование и опыт для лечения пациента, независимо от его местонахождения в случае, если необходимая медицинская помощь недоступна в месте нахождения Застрахованного.

Репатриация – неотложная транспортировка Застрахованного по медицинским показаниям в страну его постоянного проживания для оказания соответствующей медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения Застрахованного.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи при наступлении страхового случая по договору страхования.

1.3 При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик (страховая медицинская организация), Страхователь, Застрахованный и медицинское и иное учреждение.

2.2. Страховщиком по договору страхования является ООО Страховая компания «Консанта», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические

лица), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

2.3 Страхователем признаётся российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.4. Медико-транспортные услуги могут включать в себя транспортировку Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги могут также предусматривать возможность возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания и транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) в место его постоянного жительства или иное место, определенное договором страхования, в случае смерти во время пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

2.5 Застрахованным, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.6 Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

2.6.1 ВИЧ-инфекция, СПИД;

2.6.2 особо опасные инфекционные болезни, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

2.6.3 наркологические заболевания.

2.7 Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующие заболевания:

2.7.1 психические расстройства и расстройства поведения;

2.7.2 злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.7.3 туберкулез;

2.7.4 заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

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

2.7.6 заболевания сопровождающиеся хронической почечная или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

2.7.7 хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.7.8 инвалидность (кроме III группы) может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт Правил. При страховании лиц, указанных в п. 2.7 Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское и иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в данном пункте и связанным с ними осложнениям.

2.8 Договор страхования в части страхования финансовых рисков заключается в пользу Страхователя (Застрахованного лица).

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами добровольного медицинского страхования, являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также

проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен

3.2. Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц в связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного или его трупа, возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного.

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.

4.2 Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское и иное учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

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

4.3.1. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению) и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3.2. В случае если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3.3. В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного непредвиденных расходов, предусмотренных Программой и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного или его трупа, возвращением Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировкой сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировкой детей Застрахованного, визитом близкого родственника Застрахованного.

4.3.4. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой. Программы, могут включаться в План страхования (далее – План).

4.4. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в объеме Программ (Приложения № 1–10 к Правилам), содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая.

4.4.1. При страховании дополнительных рисков непредвиденных расходов, Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного в объеме, определенном договором страхования.

4.5. Программы, предусматривающие оказание **амбулаторно-поликлинической** медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи:

а) лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи;

б) оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения);

с) оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; оказание санаторно-курортной медицинской помощи без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному выписанных лечащим врачом лекарственных средств; д) оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу;

е) диспансерное наблюдение Застрахованных; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

а) 4.6. Программы, предусматривающие оказание **стационарной медицинской помощи** (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, реабилитационную (в т.ч. санаторно-курортную), протезно-ортопедическую и зубопротезную, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом;

б) пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением;

с) питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей;

д) оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских учреждений. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

4.7. Программы, предусматривающие **оказание скорой и неотложной медицинской помощи**, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций, в т.ч. услуги по родовспоможению, и необходимой экспресс-диагностике.

4.8. Программы, предусматривающие оказание **медико-транспортных услуг**, могут включать в себя эвакуацию, репатриацию (в том числе экстренную), посмертную репатриацию, а также оплату транспортных расходов, связанных с возвращением в страну

постоянного проживания детей, находившихся с Застрахованным, в случае, если дети остались без присмотра в результате произошедшего с Застрахованным страхового случая, включая сопровождение детей, и расходы по проезду в оба конца родственников Застрахованного в случаях, предусмотренных договором страхования.

4.9. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи, включаемой в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

4.10. Не **является страховым** случаем обращение Застрахованного в медицинское и иное учреждение за получением медицинской помощи:

4.10.1. в состоянии наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

4.10.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

4.10.3. в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой;

4.10.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

4.11. Если иного не установлено договором страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

4.11.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.11.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.11.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.12. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.6, 2.7 Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ и / или обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

4.13. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п.п. 2.6-2.7. Правил, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ.

4.13.1. Для целей реализации процедуры прекращения действия договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Страховщик имеет право в договорах с лечебными учреждениями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п. п. 2.6 и 2.7. Правил.

4.13.2. После получения информации, указанной в п. 4.13 Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного, содержащее ссылку на п. 4.13 Правил и указание на сумму страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате) в соответствии с условиями п.п. 4.13.3-4.13.5 Правил.

4.13.3. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в п. 4.13 Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

4.13.4. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного, возвратить Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного.

4.13.5. В том случае, если после момента прекращения договора страхования, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования в соответствии с п.п. 4.13.2 - 4.13.3 Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И ПОРЯДОК ЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

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

5.2 Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.

5.3 Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности.

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

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ПОРЯДОК ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

6.1. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, указанных в Приложении № 13 к Правилам с учетом коэффициентов риска.

6.2. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска).

6.3. Страховой премией (страховыми взносами) является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения договора страховыми тарифами, с учетом страхового риска и срока страхования. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.4. Порядок определения страховой премии включает в себя расчет ее размера:

- умножением страховой суммы на страховой тариф;
- умножением рассчитанного размера страховой премии на коэффициенты риска, устанавливаемые с учетом степени риска, определяемые экспертным путем;

- умножением рассчитанного годового размера страховой премии на коэффициент в зависимости от срока действия договора страхования, при страховании на срок, отличный от года.

6.5. Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от определяемых Страховщиком факторов риска.

6.6. В случае изменения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинской помощи Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинской помощи, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору страхования. После подтверждения факта получения Страхователем уведомления указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если страховая премия подлежит уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом страховой премии.

6.7. Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. Страховая премия уплачивается единовременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным договором страхования.

6.8. При безналичной форме оплаты страховая премия (взносы) считается уплаченной в момент поступления суммы страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

6.9. При оплате страховой премии (взноса) наличными денежными средствами страховая премия уплачивается внесением суммы премии (взноса) в кассу.

6.10. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7. ФРАНШИЗА

7.1. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в выплате страхового возмещения – франшиза.

В соответствии с настоящими Правилами устанавливается безусловная франшиза (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). В случаях, когда это прямо предусмотрено договором, франшиза также может быть условной (Страховщик освобождается от ответственности за страховую выплату, не превышающий или равную размеру франшизы, но если размер страховой выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете страхового возмещения франшиза не учитывается).

7.2. Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования, наличие временной франшизы указывается в Программе страхования.

7.3. Франшиза может быть установлена по договору страхования, по программе, по одному риску либо по их комбинации.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования по настоящим Правилам может быть заключен:

- в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика ;
- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) в устной форме с намерением заключить договор страхования;
- при обращении к Страховщику (уполномоченному представителю) с письменным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

8.2. Договор страхования может быть оформлен путем составления сторонами одного документа в соответствии с положениями Гражданского законодательства Российской Федерации.

При заключении договора страхования в электронной форме, Страховщик направляет страхователю электронный страховой полис, заверенный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

Договор электронного страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии.

Не допускается заключение договора страхования в электронной форме при содействии страховых агентов и страховых брокеров.

8.3. Заключение договора страхования.

8.3.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного Заявления Страхователя (Приложение № 12 к Правилам) и медицинской Анкеты лица, принимаемого на страхование (Приложение № 13 к Правилам).

В письменном заявлении на страхование должны быть указаны:

- а) фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование (Приложение № 15 к Правилам). В случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) Застрахованного, то в Договоре должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо.
- б) наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо, либо индивидуальный предприниматель;
- в) фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;
- д) предполагаемый вид медицинской помощи, страховая сумма и наименование медицинских и иных учреждений;
- е) срок, на который заключается договор страхования.

Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные выше и выданные (оформленные) за границей РФ принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

Письменное заявление на страхование является приложением к договору страхования и его неотъемлемой частью.

Если в договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия/правила страхования (полностью или частично), то в договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

Договор страхования считается заключенным с даты его подписания, если иное не установлено договором страхования.

Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого её взноса, но не ранее даты заключения договора.

8.3.1.1. По договору страхования, вступающему в силу с даты уплаты премии (первого взноса), при неуплате премии (первого взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный в договоре страхования как дата уплаты премии (первого взноса), договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон. В случае неуплаты второго или последующих страховых взносов в срок и в размере, установленных договором, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

8.3.1.2. Если договором страхования предусмотрено его вступление в силу с иного момента, чем уплата страховой премии или первого страхового взноса, в случае неуплаты Страхователем премии (первого или очередного взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный договором, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление. Если договор страхования не вступил в силу на момент возникновения у страховщика права прекратить договор страхования в установленном настоящим пунктом порядке, договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон.

8.3.1.3. При прекращении договора страхования Страховщиком в одностороннем порядке по основаниям и в порядке, предусмотренным п.п. 8.3.1.1. и 8.3.1.2. настоящей статьи, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

8.3.1.4. Иные последствия неуплаты страхователем страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме могут быть установлены договором страхования.

8.3.2. Соглашения об изменении или о расторжении договора совершаются в той же форме, что и договор.

8.4. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.4.1. В соответствии с настоящими Правилами, пункт 2 статьи 434 ГК РФ и статьи 6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования может быть составлен в форме электронного документа. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта www.konstanta.ru.net в порядке, указанном в настоящих Правилах.

8.4.2. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через Сайт Компании путем заполнения Заявления на страховании, которое должно в обязательном порядке содержать следующие данные:

а) фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование. Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к Заявлению на страхование (Приложение № 15 к Правилам);

б) наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо, либо индивидуальный предприниматель;

в) фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;

г) предполагаемый вид медицинской помощи, страховая сумма и наименование медицинских и иных учреждений;

д) срок, на который заключается договор страхования.

8.4.3. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты на Сайте Компании, для заключения договора страхования страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

При заключении договора страхования в электронной форме обследование лиц, принимаемых на страхование, Страховщиком не осуществляется.

8.4.4. Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, а страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

8.4.5. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г., договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

8.4.6. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями договора страхования, выбранных им Программ и настоящих Правил. Оплата страховой премии страхователем – физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Компании.

Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретной программе страхования, и на основе которых заключен договор страхования, дополнительно включается в текст страхового полиса.

8.5. По решению Страховщика перечень документов/информации, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа) может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страхового возмещения.

8.6. Подписывая договор страхования Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию:

- а) об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному вместе с заявлением на получение страхового возмещения, если договором страхования предусмотрено возмещение;
- б) об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);
- в) о применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя/Застрахованного, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;
- г) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или обследования застрахованного лица при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;
- д) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;
- е) о наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;
- ж) о сроках рассмотрения обращений Застрахованных или их представителей относительно получения страхового возмещения, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

- h) о праве Страхователя запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;
- i) об адресе места приема документов на страховое возмещение.
- 8.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования.
- 8.8. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу.
- 8.9. После заключения договора страхования Страховщик в порядке, определенном договором страхования, выдает для Застрахованного комплект страховой документации, согласованный сторонами договора страхования (именной документ, подтверждающий заключение договора страхования и пр. (далее – страховые документы)).
- 8.10. При утрате Страхователем или Застрахованным страховых документов, по его письменному Заявлению может быть выдан дубликат таких документов.
- 8.11. При заключении договора страхования стороны оговаривают способы взаимодействия, которые будут использоваться для предоставления информации получателю страховых услуг. Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) способами, установленными договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи. Конкретный способ взаимодействия указывается Страхователем в заявлении о заключении договора (если оно выражено в письменной форме) и/или в договоре страхования/полисе. Если иное не согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем), все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при соблюдении одного из следующих условий:
- a) уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения;
 - b) уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений (Viber, WhatsApp, Telegram, Facebook Messenger и т.п.) по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя);
 - c) уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения.
 - d) уведомление направлено с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в Личном кабинете Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта Страховщика, о чем Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.
- В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному, Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.
- 8.12. Заключая договор страхования, Страхователь подтверждает свое согласие, а также согласие Застрахованных, по договору страхования, лиц на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинской помощи и урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов не надлежащей формы, получаемых из медицинских и иных учреждений и др.

Под **персональными данными** в рамках настоящих Правил понимается: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские и иные учреждения.

Под **обработкой персональных данных** в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

8.12.1. Во исполнение обязательств по договору страхования Страховщик также вправе передавать (в том числе, при необходимости, осуществлять трансграничную передачу) персональные данные Застрахованных в медицинские и иные учреждения, предусмотренные договором страхования, а также партнерам Страховщика, и получать от указанных учреждений и партнеров Страховщика данные о Застрахованных, при условии, что Страховщик имеет договоры с указанными учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении персональных данных Застрахованных. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Застрахованного.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных.

Заключая договор страхования, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления.

После прекращения действия договора страхования, а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 10 (десяти) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2. в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика изменить перечень страховых рисков, перечень медицинских и иных учреждений и/или Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3. досрочно прекратить действие договора страхования;

9.1.4. застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями договора страхования по соглашению сторон;

9.1.5. прекратить в отношении Застрахованного действие договора страхования;

9.1.6. с согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору. Замена Застрахованных по договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

9.1.7. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

9.1.8. один раз в течение действия договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

9.2.2. предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья (в соответствии с Приложением № 13 к Правилам) принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию);

9.2.3. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействующих на здоровье граждан;

9.2.4. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.5. доплатить по требованию Страховщика страховую премию в случае увеличения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.6. передать Застрахованному страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования и порядок ознакомления Застрахованного с информационным материалом по договору страхования в Личном кабинете;

9.2.7. своевременно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.8. своевременно сообщать Страховщику о ставших ему известными фактах увеличения степени риска, т.е. об изменении обстоятельств, которые были сообщены Страховщику при заключении договора страхования и о ставших известными случаях выявления у Застрахованного заболеваний (состояний), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7 Правил.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее финансирования (оплаты) либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.3.4. при утрате страховых документов получить их дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);

9.3.5. ознакомиться с информационными материалами по договору страхования в электронном виде через Интернет – ресурс «Личный кабинет» на официальном сайте Страховщика www.konstanta.ru.net (далее – Личный кабинет);

9.3.6. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в правилах страхования и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

9.4.2. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским и иным учреждением;

9.4.3. своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в п.п. 2.6, 2.7 Правил;

- 9.4.4. не передавать страховые документы, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;
- 9.4.5. по требованию Страховщика в соответствии с п. 9.5.3 Правил, пройти дополнительное медицинское обследование и/или предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;
- 9.4.6. своевременно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;
- 9.4.7. при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликатов;
- 9.4.8. при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызывать врача на дом, установленной Застрахованным после достижения с представителями медицинского учреждения договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;
- 9.4.9. уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;
- 9.4.10. Нарушение Застрахованным условий п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования.

9.5. Страховщик имеет право:

- 9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;
- 9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья;
- 9.5.3. потребовать проведения медицинских обследований Застрахованного и/или предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья, если в течение действия договора страхования у Страховщика появятся подозрения, что у Застрахованного имеются заболевания (состояния) из числа указанных в п.п. 2.6 и 2.7 Правил;
- 9.5.4. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п. 9.4.2, 9.4.3, 9.4.4, 9.4.5 и 9.4.9 Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора страхования Страхователю и Застрахованному;
- 9.5.5. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного в случаях, указанных в п.п. 4.12, 4.13 Правил и предусмотренных действующим законодательством;
- 9.5.6. прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, в случае получения письменного заявления Застрахованного (направленного им через Страхователя) об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком;
- 9.5.7. в случае выявления в течение действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования, а при несогласии Страхователя на такие изменения - потребовать досрочно прекратить договор страхования;
- 9.5.8. при наличии у Страхователя просроченной дебиторской задолженности перед Страховщиком по закончившемуся договору страхования, приостановить в отношении Застрахованного организацию оказания медицинской помощи по действующему договору страхования до погашения Страхователем подтвержденной задолженности. Страховщик должен уведомить Страхователя не менее чем за 5(пять) рабочих дней до начала приостановления организации медицинской помощи о факте наличия задолженности с указанием последствий непогашения задолженности.

9.6. Страховщик обязан:

- 9.6.1. организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2. организовать и оплатить, если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

9.6.3. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи в соответствии с условиями договора с медицинскими и иными учреждениями;

9.6.4. осуществить страховую выплату в порядке и сроки, определенные Правилами и (или) договором страхования;

9.6.5. выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);

9.6.6. по требованиям страхователей, Застрахованных, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страховой суммы, расчеты страховой выплаты.

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

9.6.7. по запросу Страхователя один раз в течение действия договора бесплатно предоставить копию действующего договора страхования и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных договором страхования.

9.6.8. информировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений, путем направления уведомления по почтовому адресу или иным предусмотренным договором страхования способом связи.

9.6.9. По устному или письменному запросу Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса Страховщик предоставляет ему информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

10. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие:

10.1.1. в случае истечения срока, на который был заключен договор страхования;

10.1.2. в случае смерти Застрахованного (договор прекращается в отношении такого Застрахованного лица) – с даты смерти Застрахованного;

10.1.3. по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты, а также в случаях, предусмотренных п. 9.4.10 Правил, если договором страхования не установлено иное – с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании;

10.1.4. полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных; при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;

частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных;

в обоих случаях договор считается прекращенным (полностью или в соответствующей части) с даты получения Страховщиком уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных;

10.1.5. по требованию Страхователя в любое время - с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения;

10.1.6. по соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении;

10.1.7. в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации;

10.1.8. в случае ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя;

10.1.9. в случае исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме;

10.1.10. в случаях, указанных в п. 4.12, 4.13 Правил;

10.1.11. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) договором страхования – с даты, определенной законом или договором для таких случаев.

10.1.12. При прекращении договора страхования в соответствии с п.п. 10.1.2, 10.1.6., 10.1.7 Правил в целом или отношении какого-либо Застрахованного, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

10.1.13. По иным основаниям прекращения договора страхования возврат уплаченной страховой премии (взносов) не производится. Если договором страхования устанавливается иное, в нем определяется размер подлежащей возврату части страховой премии. Возврат страховой премии осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате страховой премии, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

10.2. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора.

а) Страхователь – физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в п.п. 10.1. настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

б) В случае если Страхователь – отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

в) В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, указанный в части 1 настоящего пункта, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает её часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

г) При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном настоящим пунктом, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в части 1 настоящего пункта.

е) Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

ф) Действие настоящего пункта не распространяется на договоры страхования, страхователями по которым являются физические лица – предприниматели, заключаемые в связи с осуществлением такими страхователями предпринимательской деятельности, а также на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

10.3. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11.1. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный обращается в медицинское или иное учреждение, предусмотренные договором страхования или согласованные со Страховщиком или к Страховщику.

11.1.1. В случае обращения Застрахованного к Страховщику с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, последний должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые он должен предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о страховом возмещении израсходованных Застрахованным личных средств, о порядке и способе их возмещения, и о сроках проведения указанных действий и представления документов.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Застрахованного, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

11.2. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика и если это предусмотрено договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или состоянии, требующем оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования, обратиться в любое медицинское или иное учреждение и самостоятельно оплатить медицинскую помощь, предусмотренную Программой, а также санаторно-курортного лечения путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства. После получения услуг Застрахованный, для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг, должен в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о компенсации расходов, понесенных Застрахованным в соответствии с условиями настоящей статьи, или отказ в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:

11.2.1. письменного заявления на получение страхового возмещения;

11.2.2. копия документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иные документы, позволяющие идентифицировать застрахованное лицо, если договор страхования заключен без указания ФИО застрахованного;

11.2.3. документов, подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному (копия договора оказания медицинских услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью ЛПУ или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющий) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему Прейскуранту, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных средств, материалов/ предметов медицинского назначения, заверенные подписью ответственного лица в ЛПУ и печатью ЛПУ;

11.2.4. оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;

11.2.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского

назначения, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинского учреждения (рецепт или сигнатура, или заключение врача о назначении лекарственных средств/изделий медицинского назначения), факт их применения при проведенном лечении, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (чек ККМ или документ его заменяющий в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги);

11.2.6. в случае репатриации - документов, подтверждающих факт оплаты медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги), медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг);

11.2.7. при обращении за страховым возмещением от имени другого лица - документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам).

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления.

Если полученные Страховщиком документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

В случае если Застрахованным или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

11.3. Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным или его представителем документы, недостаточны для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

11.4. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (иных документов) на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения может быть увеличен до 90 (девяносто) рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

В случае принятия Страховщиком решения об отказе в выплате страхового возмещения, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа.

При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

11.5. Конкретный порядок организации медицинской помощи зависит от выбранной Программы и определяется договором страхования и конкретной Программой.

12. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховая выплата осуществляется на основании нормативных документов Минфина РФ и Минздрава РФ, в порядке и сроки, определенные договором страхования и (или) конкретной Программой:

- а) после получения и проверки Страховщиком заявлений о страховом событии (при необходимости);
- б) копии документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения;
- в) подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости;
- г) а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения и факта их применения при проведенном лечении.

Сроки принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 (тридцать) рабочих дней с момента получения счета из медицинского и иного учреждения или заявления Застрахованного и иных документов, указанных в п. 11.2 Правил.

В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяносто) рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие положительного решения и передает документы для оплаты либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

12.2. При осуществлении страховой выплаты по договору страхования в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское и иное учреждение, счетам оплачиваются в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты.

12.2.1. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяносто) рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанную медицинскую помощь не предусмотрено между Страховщиком и медицинским и иным учреждением.

12.2.2. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки на условиях описанных выше.

12.3. В случаях, предусмотренных п. 11.2 Правил, страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи на основании предъявленных документов, указанных в п.11.2 Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

12.4. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

12.5. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

12.5.1. за отдельную простую, сложную и/или комплексную медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинской помощи (далее - сервисные услуги);

12.5.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарно - замещающем лечении), в стоимость которой могут входить вся или отдельная медицинская помощь, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

12.5.3. по законченному случаю оказания помощи;

12.5.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

12.5.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

12.6. Не является страховым случаем, и Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Застрахованный обратился в медицинское или иное учреждение:

12.6.1. в состоянии наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

12.6.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

12.6.3. в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой;

12.6.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

12.7. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в отношении событий, не являющихся страховыми случаями:

12.7.1. в части покрытия расходов на оказание медицинской или иной помощи, не обоснованных документами, предусмотренными п. 11.2 Правил, подтверждающими наступление страхового случая;

12.7.2. в части покрытия расходов, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и/или договором страхования, в т.ч. расходов в связи с оказанием Застрахованному различных видов платной медицинской помощи не включенных в Программу;

12.7.3. обращение за медицинской и иной помощью вне срока действия договора страхования;

12.7.4. обращение за медицинской и иной помощью в учреждение, не предусмотренное договором страхования и не согласованное со Страховщиком;

12.7.5. обращение за медицинской и иной помощью по основаниям иным, чем ухудшение состояния здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, указанных в Программе;

12.7.6. страховых событий, не повлекших возникновения расходов на оплату медицинской и иной помощи.

12.8. Если иного не установлено договором страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

12.8.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

12.8.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

12.8.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

12.9. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или договором страхования.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При не достижении соглашения спор передается на рассмотрение суда (арбитражного суда) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. Право на предъявление к Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации, начиная со дня наступления страхового случая.

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

По настоящей программе ООО СК Константа (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических медицинских и иных услуг в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Страховщик оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги, в том числе следующие:

1.1.1 диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические, зубопротезные, протезно-ортопедические, включая:

- a) консультации;
- b) лабораторные и инструментальные исследования;
- c) медицинские услуги по ведению беременности;
- d) прерывание беременности;
- e) физиолечение, массаж и ЛФК;
- f) стоматологические услуги, включая ортодантию и зубопротезирование;
- g) оказание медицинской помощи на дому или по другому месту нахождения Застрахованного, включая патронаж новорожденного, снятие ЭКГ на дому или по месту работы, расшифровка ЭКГ; выполнение назначений на дому (инъекции, банки и т.д.); забор материалов для анализов на дому;
- h) традиционные методы диагностики и лечения;
- i) сопровождение по медицинским показаниям Застрахованного при проведении обследований и консультаций в медицинском учреждении;
- j) организацию необходимых амбулаторно-поликлинических услуг в другом медицинском учреждении;
- k) медицинские услуги дневного стационара и стационара на дому;
- l) амбулаторно-курортное лечение;

1.1.2 экспертизу временной нетрудоспособности;

1.1.3 оформление различной медицинской документации.

1.2 По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений:

1.2.1 В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (*Поликлиника, Поликлиническая помощь, Личный врач, Личный педиатр, Врач общей практики, Специализированная стоматология, Помощь врача на дому/в офисе, Зубопротезирование, Ведение беременности, Поликлиническая помощь на территории России и др.*).

1.2.2 Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России, если это предусмотрено условиями договора страхования.

1.2.3. Амбулаторно-поликлинические услуги в настоящей программе – это медицинские услуги, которые могут быть оказаны любым медицинским учреждением, предусмотренным условиями договора страхования, (за исключением услуг, оказываемых бригадами скорой и неотложной помощи), имеющим право оказывать медицинские услуги, не связанные с возможным круглосуточным размещением Застрахованного в этом медицинском учреждении.

Перечень заболеваний соответствует Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

1.2.4 ВИЧ-инфекция;

1.2.5. особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.6. наркологические заболевания.

1.3 Страховщик **не оплачивает (не возмещает)** следующие медицинские услуги и расходы:

1.3.1 медицинские услуги, не предписанные врачом;

1.3.2 диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия договора страхования;

1.3.3 диагностику заболеваний, указанных в п. 1.2 настоящей программы, проводимую без медицинских показаний;

1.3.4 расходы Застрахованного на приобретение изделий медицинского назначения, в том числе медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантантов, корригирующих медицинских устройств и приспособлений и расходы на их подгонку;

1.3.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

1.4 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

2.1 Для получения амбулаторно-поликлинических медицинских услуг Застрахованный должен обратиться в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования к настоящей программе.

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

2.3 В случае возникновения необходимости в амбулаторно-курортном лечении Застрахованный, должен представить Страховщику санаторно-курортную карту (ксерокопию), выданную в установленном порядке. На основании представленных документов Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-курортное лечение.

2.5 В случаях, предусмотренных п.п. 2.1 –2.4 настоящей программы, страховая выплата осуществляется в виде оплаты медицинской помощи (медицинских и иных услуг) непосредственно медицинскому учреждению, санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо иному санаторно-курортному агентству в виде оплаты санаторно-курортной путевки/курсовки.

2.6 Для получения медицинских услуг на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться к Страховщику. В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.5 настоящей программы.

2.7 Для получения амбулаторно-поликлинических услуг Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика, если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренной программой страхования медицинской помощи (медицинских и иных услуг).

2.7.1 Для осуществления страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг Застрахованный должен не позднее - (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов (указывается

перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты).

При этом возмещение производится не выше средней стоимости аналогичных услуг медицинских учреждений, указанных в договоре страхования к настоящей Программе.

2.8. Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться к Страховщику, представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено договором страхования, также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также медицинское учреждение определяет Страховщик.

2.9 Застрахованный должен обратиться к Страховщику:

2.9.1 для организации рекомендованных врачом медицинских услуг при невозможности оказания таких услуг ни одним из указанных в договоре страхования Застрахованного медицинских учреждений;

2.9.2 для организации экстренной стоматологической помощи в специализированном стоматологическом медицинском учреждении в случае невозможности оказания такой услуги ни одним из указанных в договоре страхования специализированных стоматологических медицинских учреждений. В этом случае также оказывается медицинская транспортировка к медицинскому учреждению и обратно в ночное время (с 23.00 до 6.00) в пределах административной границы города/населенного пункта.

2.10 В случаях, указанных в п.п. 2.9.1 и 2.9.2 настоящей программы, необходимое медицинское учреждение определяет Страховщик.

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи

По настоящей программе ООО СК Константа (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному скорой медицинской помощи, а также медицинских и иных услуг стационара (в том числе по родовспоможению) при госпитализации в экстренном и/или плановом порядке в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи или с целью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

Скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях:

Услуги службы скорой медицинской помощи:

1.1.1 выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, родовспоможение;

1.1.2 медицинская транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

Услуги стационара:

1.1.3 диагностические, лечебные, реабилитационные (в том числе, реабилитационные в условиях санаторно-курортных учреждений, профилакториев, восстановительных центров), профилактические, зубопротезные, протезно-ортопедические, включая:

- а) консультации;
- б) лабораторные и инструментальные исследования;
- в) физиолечение, массаж и ЛФК;
- г) хирургическое и консервативное лечение;
- д) пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- е) пребывание в стационаре с целью диагностического обследования;
- ж) родовспоможение, в т.ч. пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента их выписки;
- з) пребывание в отделении патологии беременности;
- и) прерывание беременности;
- к) пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала, включая предоставление индивидуального поста медицинского персонала;
- л) пребывание в отделении по уходу за больными или в хосписе;
- м) стоматологическое лечение;
- н) традиционные методы диагностики и лечения (народная медицина);
- о) медицинские услуги дневного стационара;

В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (*Экстренная стационарная помощь, Плановая и экстренная стационарная помощь, Экстренная стационарная помощь на территории России, Плановая стационарная помощь, Реабилитация, Родовспоможение, и др.*).

Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России.

1.1.4 экспертиза временной нетрудоспособности;

1.1.5 оформление различной медицинской документации;

1.1.6 пребывание одного из родителей вместе с госпитализированным в рамках настоящей программы малолетним ребенком;

- 1.1.7 сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.);
- 1.1.8 патологоанатомическое вскрытие в случае смерти Застрахованного в стационаре.
- 1.2 По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений:
- 1.2.1 ВИЧ-инфекция;
- 1.2.2 особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
- 1.2.3 наркологические заболевания.
- 1.3 Страховщик не оплачивает (не возмещает) следующие медицинские услуги и расходы:
- 1.3.1 медицинские услуги, не предписанные врачом;
- 1.3.2 диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия договора страхования;
- 1.3.3 диагностика заболеваний, указанных в пункте 1.2 настоящей программы, проводимая без медицинских показаний;
- 1.3.4 расходы Застрахованного на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты или имплантаты, корригирующие медицинские устройства и приспособления и расходы на их подгонку;
- 1.3.5 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования, кроме расходов, связанных с лечением Застрахованного (включая нахождение родственника в предусмотренных настоящей программой случаях), госпитализированного в течение срока действия договора страхования - до момента его выписки из стационара.
- 1.4 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1 При необходимости получения скорой медицинской помощи, экстренной или плановой госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования либо к Страховщику. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность.
- 2.2 Скорая медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи медицинского учреждения, указанного в договоре страхования, или аналогичной службы другого медицинского учреждения.
- 2.3 Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в рекомендованное врачом медицинское учреждение из числа указанных в договоре страхования, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь. В противном случае Застрахованный может быть госпитализирован в иное медицинское учреждение, имеющее договорные отношения со Страховщиком.
- 2.4 При необходимости получения экстренной медицинской помощи в медицинском учреждении без дальнейшей госпитализации медицинская транспортировка Застрахованного осуществляется:
- а) в стационарное медицинское учреждение из числа указанных в договоре страхования, либо
- б) в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования, предусматривающем предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг, и обратно.
- 2.5 В исключительных случаях, по жизненным показаниям, экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайший к месту нахождения Застрахованного стационар медицинского учреждения, способный оказать соответствующую медицинскую помощь, в том

числе через оказание скорой медицинской помощи выездной бригадой скорой медицинской помощи службы

«103». В дальнейшем Страховщик принимает меры для перевода Застрахованного в медицинское учреждение, из числа указанных в договоре страхования, которое готово принять Застрахованного, при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.

2.6 Плановая госпитализация организуется Страховщиком (его представителем) на основании следующей документации, находящейся либо на руках у Застрахованного, либо в медицинском учреждении: направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется в один из указанных в п. 2.3 настоящей программы стационар, а при невозможности - в иной стационар по согласованию с Застрахованным, в течение не более 3 (трех) дней с момента получения Страховщиком указанной документации.

2.7. В случаях, предусмотренных п.п. 2.1 –2.7 настоящей программы, страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты медицинской помощи (медицинских и иных услуг) непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению.

2.9 Для получения медицинских услуг на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться к Страховщику. В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.8 настоящей программы.

2.10 Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный может, в случаях предусмотренных договором страхования, с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в любое медицинское учреждение Российской Федерации и самостоятельно оплатить предусмотренные программой страхования стоимость медицинских и иных услуг.

2.10.1 Для осуществления Страховщиком страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг Застрахованный должен не позднее - (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты).

2.11 Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться к Страховщику, представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено договором страхования также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно- ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также медицинское учреждение определяет Страховщик.

2.12. Оплата стоимости указанных в настоящем пункте услуг осуществляется Страховщиком непосредственно медицинскому или иному учреждению, либо Страховщик возмещает произведенные Застрахованным расходы в порядке, указанном в п. 2.10 настоящей программы.

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи

По настоящей программе Страховщик оплачивает предоставление Застрахованному скорой медицинской помощи в следующих случаях, требующих срочного медицинского вмешательства: в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Страховщик оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях медицинские услуги службы скорой медицинской помощи:

1.1.1 выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой диагностики, родовспоможение;

1.1.2 медицинская транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

1.2 По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений:

1.2.1 ВИЧ-инфекция;

1.2.2. особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3. наркологические заболевания.

1.3 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. При необходимости получения скорой медицинской помощи Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в медицинское учреждение (указывается название, телефон, адрес медицинского учреждения) либо к Страховщику.

2.1.1. В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Скорая медицинская помощь и др.)

2.1.2. Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг :

а) по месту постоянного проживания на территории Российской Федерации;

б) при поездках по территории Российской Федерации.

2.2 Скорая медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи медицинского учреждения, указанного в договоре страхования, или выездной бригадой другого медицинского учреждения. Медицинская транспортировка осуществляется в ближайший к месту нахождения Застрахованного стационар медицинского учреждения, способного оказать соответствующую медицинскую помощь.

2.3 При наличии у Застрахованного программы добровольного медицинского страхования, предусматривающей предоставление ему амбулаторно-поликлинических услуг, медицинская транспортировка осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи (кроме бригады службы «103») в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования, если данное медицинское учреждение способно оказать соответствующую медицинскую помощь, и обратно.

2.4 В случаях, предусмотренных пунктами 2.1–2.3 настоящей программы, страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты оказанных медицинских и иных услуг непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению.

2.5 Для получения медицинских услуг на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться к Страховщику. В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.4 настоящей программы.

2.6 Для получения указанных в настоящей программе услуг Застрахованный может с предварительного согласия Страховщика, если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг.

Для осуществления Страховщиком страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг, Застрахованный должен :

а) не позднее (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

б) указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание лекарственной помощи

По настоящей программе Страховщик организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также при необходимости их доставку, выписанных ему лечащим врачом при оказании амбулаторно-поликлинических медицинских услуг в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи или назначенных с целью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Страховщик оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения и при необходимости их доставку в перечисленных в преамбуле случаях при предоставлении амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, которые предусмотрены соответствующими программами добровольного медицинского страхования, имеющихся у Застрахованного.

1.2 Страховщик не оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения и их доставку при предоставлении медицинских услуг, которые не включены (исключены) из соответствующих программ добровольного медицинского страхования Страховщика, имеющихся у Застрахованного.

1.3. Программа может

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

2.1 Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный предъявляет в аптечную или иную организацию (далее - фарморганизация), из числа указанных в договоре страхования по настоящей программе, рецепт, выписанный лечащим врачом амбулаторно-медицинского учреждения в связи с заболеванием (состоянием), из числа указанных в п. 1.1 настоящей программы, а также страховой полис и документ удостоверяющий личность.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты лекарственных средств и изделий медицинского назначения непосредственно фарморганизации.

2.2 Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться к Страховщику. В этом случае предоставление лекарственных средств и изделий медицинского назначения осуществляется в порядке, указанном в пункте 2.1 настоящей программы.

2.3 При отсутствии у Страховщика возможности организовать получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения и оплатить их стоимость, предоставление указанных услуг осуществляется в порядке, указанном в пунктах 2.4 и 2.5 настоящей программы.

2.3.1. В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (*Аптека, Лекарственная помощь, Лекарственная помощь на территории России, и др.*).

2.3.2. Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному лекарственных средств и изделий медицинского назначения :

- а) по месту постоянного проживания на территории Российской Федерации,
- б) при поездках по территории Российской Федерации.

2.4 Для страховой выплаты в виде возмещения расходов, произведенных Застрахованным на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, Застрахованный должен не позднее (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением к Страховщику

следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов - (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты).

При этом сумма страховой выплаты не может превышать среднюю стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения, реализуемых фарморганизациями, указанными в договоре страхования по настоящей программе.

2.5 Страховщик возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

- а) выписанных в установленном порядке лечащим врачом того медицинского учреждения, которое указано в договоре страхования к настоящей программе;
- б) выписанных в связи со случаями, указанными в преамбуле настоящей программы.

**Программа добровольного медицинского страхования
«ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ГРИППА»**

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг по вакцинации от гриппа с целью профилактики и снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает следующие медицинские услуги:

- 1.1 консультация врача с проведением предвакцинального осмотра;
- 1.2 вакцинация от гриппа вакцинами российского и импортного производства.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1 Для получения вышеназванных медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования или к Страховщику.
- 2.2 Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса добровольного медицинского страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение и документа, удостоверяющего личность.

Программа добровольного медицинского страхования Ведение беременности (включая патологию) со стационарным лечением

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические услуги и услуги стационара по родовспоможению, предоставляемые Застрахованной в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи при беременности.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги по ведению беременности:

1.1.1 Амбулаторно-поликлинические услуги:

- а) консультации специалистов;
- б) инструментальные исследования: ультразвуковое исследование, кардиомониторный контроль за состоянием плода и др.;
- в) лабораторно-диагностические исследования: исследование крови на резус-фактор, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, гемосиндром, клинический и биохимический анализы крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, исследование крови на цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, анализ влагалищного отделяемого на флору, а также на хламидиоз, микоплазмоз и др.

1.1.2 Услуги службы скорой медицинской помощи:

- а) выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, родовспоможение;
- б) медицинская транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

1.1.3 Услуги стационара:

- а) консультации акушера-гинеколога и других специалистов;
- б) лабораторные и инструментальные исследования;
- в) пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- г) хирургическое и консервативное лечение;
- д) лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в стационаре;
- е) пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала. Госпитализация осуществляется в стационар (родильный дом) в случае возникновения акушерской патологии

1.2 По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

1.2.1 ВИЧ-инфекция, СПИД;

1.2.2 особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3 психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.2.4 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.2.5 туберкулез;

1.2.6 наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич;

1.3 По настоящей программе Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги и расходы:

1.3.1 услуги, проводимые без медицинских показаний;

1.3.2 услуги, не являющиеся услугами по ведению беременности;

1.3.3 расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными;

1.3.4 кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корригирующие медицинские устройства и приспособления.

1.3.5 услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованной в стационаре, госпитализированной в течение срока действия договора страхования - до момента выписки из стационара или в соответствии со сроками, указанными в договоре страхования.

1.4 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения услуг в медицинском учреждении, указанном в договоре страхования, Застрахованной необходимо обратиться к Страховщику.

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

2.3 Плановая госпитализация в отделение патологии беременности осуществляется по направлению лечащего врача акушера-гинеколога. В этом случае плановая госпитализация организуется Страховщиком.

2.4 При необходимости получения скорой медицинской помощи и экстренной госпитализации, Застрахованная или лицо, действующее в её интересах, должны обратиться к Страховщику.

2.5 При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, а также в случаях, требующих лечения в специализированных медицинских учреждениях (роддомах), экстренная госпитализация производится в городские клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения или роддома, способные обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

2.6 По жизненным показаниям скорая медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «103», и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного городскую (районную) больницу или родильный дом, способные оказать соответствующую медицинскую помощь.

2.7 При невозможности оказания медицинских услуг, рекомендованных врачом в медицинском учреждении, указанном в договоре страхования, Застрахованная обращается к Страховщику для организации таких услуг в другом лечебном учреждении, имеющем договорные отношения со Страховщиком.

**Программа добровольного медицинского страхования
«Родовспоможение»**

(включая осложненные роды с кесаревым сечением)

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические услуги, предоставляемые Застрахованной по беременности, а также услуги скорой медицинской помощи и стационара по родовспоможению, предоставляемые Застрахованной в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи при беременности.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 Амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1.1 консультации специалистов;

1.1.2 инструментальные исследования;

1.1.3 лабораторно-диагностические исследования (RW, ВИЧ, Rh, группа крови, HBs- антиген, HCV-антиген, клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазок на флору и др.).

1.2 Услуги стационара:

1.2.1 госпитализация в экстренном и плановом порядке;

1.2.2 консультации акушера-гинеколога и других специалистов;

1.2.3 лабораторные и инструментальные исследования;

1.2.4 обезболивание при родовспоможении;

1.2.5 пребывание в предродовой и родовой палатах;

1.2.6 родовспоможение, включая кесарево сечение;

1.2.7 пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

1.2.8 лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;

1.2.9 пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента их выписки;

1.2.10 питание, уход медицинского персонала.

1.3 По настоящей программе Страховщик не организует и не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

1.3.1 ВИЧ-инфекция; СПИД;

1.3.2 особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.3.3 психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.3.4 злокачественные новообразования, гемобластозы;

1.3.5 туберкулез;

1.3.6 врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения; детский церебральный паралич; системные поражения соединительной ткани.

1.4 По настоящей программе Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги:

1.4.1 услуги, проводимые без медицинских показаний;

1.4.2 услуги, не связанные с ведением беременности и родовспоможением;

1.4.3 расходы Застрахованной на приобретение лекарственных препаратов, медицинского оборудования и корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;

1.4.4 услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с госпитализацией Застрахованной в течение срока действия договора страхования - до момента выписки из стационара.

1.5 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.3 настоящей программы Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения медицинских услуг Застрахованная обращается к Страховщику для организации таких услуг в лечебном учреждении.

Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса добровольного медицинского страхования, документа, удостоверяющего личность, обменной медицинской карты.

2.2 При необходимости получения скорой медицинской помощи Застрахованная или лицо, действующее в её интересах, должны обратиться к Страховщику.

2.3 При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, экстренная госпитализация производится в городские клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения независимо от начала родовых схваток или состояний, связанных с преждевременным излитием околоплодных вод и кровяных выделениях.

2.4 По жизненным показаниям скорая медицинская помощь может быть оказана бригадой городской скорой медицинской помощи «103», и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованной городскую (районную) больницу, способную оказать соответствующую медицинскую помощь.

**Программа добровольного медицинского страхования
«Санаторно-курортное лечение»
(на территории Российской Федерации)**

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному санаторно-курортного лечения при плановой госпитализации в санаторно-курортное учреждение при хронических заболеваниях в стадии ремиссии, подострых стадиях заболеваний, состояний после травмы (в том числе ожога, отморожения), а также с целью реабилитационно-восстановительного лечения или проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

Страховщик оплачивает санаторно-курортное лечение, оказанное медицинским учреждением по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях необходимый курс санаторно-курортного лечения, в том числе:

- a) консультации врачей;
- b) лабораторные и инструментальные исследования;
- c) традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления;
- d) лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства;
- e) ЛФК, массаж, водные процедуры, бальнеолечение, лечение средствами природного происхождения и т.д.;
- f) оказание экстренной стоматологической помощи;
- g) пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала.

1.2. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

1.2.1 ВИЧ-инфекция; СПИД;

1.2.2. особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3. алкоголизм, наркомания, токсикомания;

1.2.4. туберкулез.

1.3 По настоящей программе Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги:

1.3.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

1.3.2. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;

1.3.3. лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия и импотенции;

1.3.4. медицинские услуги, связанные с беременностью, прерывание беременности, родовспоможение;

1.4.5 выдача всех видов медицинской документации;

1.4.6 диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболевания кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы, липомы, келлоидные рубцы); коррекция веса; хирургическое изменение пола;

1.4.7 консультации и лечение у психиатра, психолога;

1.4.8 все виды стоматологических услуг (за исключением услуг, связанных с оказанием экстренной стоматологической помощи);

1.4.9. операции по пересадке органов и тканей, все виды протезирования, включая подготовку к ним;

- 1.4.10. пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;
 - 1.4.11. предоставление индивидуального поста медицинского персонала;
 - 1.4.12. услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования - до момента его выписки из санаторно-курортного учреждения.
- 1.4. Страховщик не оплачивает:
- 1.4.1. расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными;
 - 1.4.2. кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корректирующие медицинские устройства, материалы и приспособления;
 - 1.4.3. все транспортные услуги, за исключением медицинской транспортировки и медицинского сопровождения;
 - 1.4.4. транспорт, проживание и питание сопровождающих лиц.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Санаторно-курортное лечение организуется Страховщиком на основании заявки страхователя на организацию санаторно-курортного лечения, ксерокопии санаторно - курортной карты, выданной в установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации порядке и согласия Застрахованного на предоставление его персональных сведений медицинского характера.

**Программа добровольного медицинского страхования
«профилактика и лечение заболеваний, передающихся иксодовым клещом»
(амбулаторно-поликлиническая, стационарная медицинская помощь, с
предварительной вакцинацией)**

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические и стационарные медицинские и иные услуги, предоставляемые Застрахованному при вакцинации и ревакцинации против клещевого энцефалита с целью профилактики и снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, а также по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи, вызванного укусом иксодовым клещом.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги:

1.1 амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги:

1.1.1 при вакцинации против клещевого энцефалита:

- а) предвакцинальные осмотры врача;
- б) вакцинация и ревакцинация против клещевого энцефалита;

1.1.2 по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния требующего оказания медицинской помощи, вызванного укусом иксодового клеща:

- а) консультации врачей;
- б) удаление клеща, обработка раны/места укуса;
- в) лабораторные и инструментальные исследования, включая лабораторное исследование клеща на вирусоносительство клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза;
- г) введение иммуноглобулина или иного аналогичного лекарственного средства, выдача/введение иных лекарственных средств для профилактики заболеваний, передающихся иксодовым клещом;
- д) экспертизу временной нетрудоспособности;
- е) оформление различной медицинской документации;

1.2 диагностические, лечебные и реабилитационно-восстановительные услуги стационара, включая:

- а) консультации;
- б) лабораторные и инструментальные исследования;
- в) пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- г) лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- д) пребывание в палате, питание и уход медицинского персонала;
- е) оформление различной медицинской документации;
- ж) экспертизу временной нетрудоспособности с выдачей соответствующих документов (справки, листка нетрудоспособности).

1.3. Страховщик оплачивает услуги, связанные с укусом иксодового клеща и заболеваниями, вызванными укусом иксодового клеща, а также вакцинацию и ревакцинацию, проводимую до наступления эпидемиологического сезона согласно существующим схемам.

1.4. Не более одного курса (до 21-го дня) при условии, если застрахованное лицо госпитализировалось до окончания срока действия договора страхования и только при тяжелой форме заболевания.

1.5. Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, необходимом для выполнения настоящей программы. Страховщик оплачивает услуги, связанные только с укусом иксодового клеща и заболеваниями, вызванными укусом иксодового клеща.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1 Для получения амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1.1. настоящей программы Застрахованный должен обратиться в - указывается город) или в Медицинский контакт-центр Страховщика в г. Москве.

2.2 Для получения амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1.2 настоящей программы, Застрахованный в течение 72-х часов, с момента укуса иксодовым клещом, должен обратиться следующие медицинские учреждения (указывается информация).

2.3 Указанные в п.п. 1.1.1 и 1.1.2 настоящей программы услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса добровольного медицинского страхования и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

2.4 При необходимости получения скорой и неотложной медицинской помощи или экстренной госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в местную бесплатную службу скорой и неотложной помощи «103».

2.4.1. В случае экстренной госпитализации Застрахованного в городской (районный) стационар, он или его представитель предъявляет полис добровольного медицинского страхования или обращается в Представительство Страховщика в г. (указывается город) или в ООО СК «Константа» в г. Москве для решения вопроса об оказании и оплате услуг в рамках настоящей программы.

2.5. Реабилитационно-восстановительное лечение организуется Страховщиком и осуществляется медицинским учреждением, с которым Страховщик имеет договорные отношения, и которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь на основании направления лечащего врача.

2.6. В случаях предусмотренных п.п. 2.1-2.5 настоящей программы, оплату оказанных медицинских и иных услуг осуществляет Страховщик непосредственно медицинскому учреждению.

2.7. В случае укуса иксодовым клещом, при нахождении Застрахованного за пределами

(указывается место оформления полиса ДМС – город, край, область), для получения медицинских услуг, а также для приобретения лекарственных средств, последний вправе обратиться в любое медицинское учреждение или аптечную организацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования амбулаторных медицинских услуг, а также лекарственных средств.

2.8. Для получения страхового возмещения Застрахованный должен обратиться в Региональное Представительство Страховщика в г. (указывается город) или в ООО СК «Константа» г. Москве в течение 30 (тридцати) дней с момента получения медицинских услуг и/или покупки лекарственного средства (независимо от окончания срока действия договора ДМС), направив в адрес местонахождения Страховщика (указывается адрес) заказным письмом с уведомлением оригинал Заявления на получение страхового возмещения, составленного по предложенной Страховщиком форме, с приложением оригиналов следующих документов (указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты) .

Услуги скорой и неотложной медицинской помощи «03» Страховщик не оплачивает.

2.9 При невозможности оказания медицинских услуг, перечисленных в разделе 1 настоящей Программы вышеуказанными медицинскими учреждениями, Застрахованный должен обратиться в Региональное Представительство Страховщика в г. (указывается город) или в ООО СК «Константа» в г. Москве для организации рекомендованных врачом медицинских услуг. Необходимое медицинское учреждение при этом определяет Региональное Представительство Страховщика в г.(указывается город) или ООО СК «Константа» в г. Москве.

Расходы Застрахованного за почтовые услуги Страховщик не оплачивает.

Программа добровольного медицинского страхования «Медицинская транспортировка»

По настоящей программе Страховщик организует и /или оплачивает медико-транспортные услуги, такие как эвакуация или репатриацию и иные услуги, предоставляемые Застрахованному по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения Застрахованного.

Страховщик по настоящей программе организует и /или оплачивает транспортировку тела Застрахованного в случае его смерти за пределами его родной страны на территорию страны его постоянного проживания.

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медико-транспортные услуги, в том числе:

1.1 медицинскую транспортировку в ближайшее медицинское учреждение (в том числе в страну проживания или страну происхождения Застрахованного), в котором Застрахованному может быть предоставлено необходимое стационарное лечение или лечение в дневном стационаре, если оно недоступно в месте его нахождения;

1.2 транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, если в сопровождении имеется необходимость по медицинским показаниям;

1.3 расходы на возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица до места, из которого Застрахованный был репатрирован или эвакуирован;

1.4 транспортировку детей Застрахованного младше 18 лет;

1.5 визит (приезд, проживание и возвращение обратно) близкого родственника из другой страны при несчастном случае, произошедшем с Застрахованным, или внезапном заболевании, при котором необходима госпитализация, а также при неблагоприятном прогнозе;

1.6 транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) на родину или в страну постоянного проживания Застрахованного в случае его смерти во время пребывания за пределами родной страны;

1.7 иные медико-транспортные услуги, связанные с лечением Застрахованного.

2. Порядок оказания медицинских услуг

2.1 Для получения услуг, предусмотренных программой страхования, Застрахованный или/и его законный представитель должны обратиться к Страховщику, для согласования получаемых услуг.

Услуги, предусмотренные настоящей программой, оказываются в режиме работы медицинского учреждения и регламентом работы служб скорой медицинской помощи при наличии полиса добровольного медицинского страхования и документа, удостоверяющего при эвакуации./ при репатриации личность Застрахованного.

2.2 В случаях, предусмотренных п. 2.1 настоящей программы, страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде оплаты оказанных медицинских и иных услуг непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению.

2.3 Для получения указанных в настоящей программе услуг Застрахованный может с предварительного согласия Страховщика, если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медико-транспортных услуг.

Для осуществления Страховщиком страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медико-транспортных услуг, Застрахованный должен не позднее - (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным

заявлением Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

- указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты).

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1 Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

3.1.1 умышленное причинение себе вреда здоровью, в том числе суицидальные попытки, за исключением случая, когда к моменту самоубийства договор страхования действовал не менее двух лет;

3.1.2 заболевания и травмы, возникшие в результате ядерного или химического загрязнения, войны, восстания, революции, террора или иных похожих ситуаций, при следующих условиях:

3.1.2.1 Застрахованный подверг себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;

3.1.2.2 Застрахованный был активным участником вышеуказанных действий;

3.1.2.3 Застрахованный не принял меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

3.2 **Страховщик не оплачивает:**

3.2.1 медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

3.2.2 расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования (кроме случаев, когда смерть Застрахованного наступила в течение срока действия договора страхования).

3.3. **Страховщик не организывает:**

3.3.1 репатриацию или эвакуацию, если этого не позволяет обстановка на месте или доступ на территорию будет представлять чрезмерную опасность или являться нецелесообразным, например, в случае нахождения Застрахованного в зоне военных действий или на морской буровой вышке.

3.4 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены обстоятельства или заболевания, из числа указанных в п. 3.1 настоящей программы, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза / выявления таких обстоятельств.

**Базовые ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО ПРОГРАММАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(в % к страховой сумме, со 100 руб страховой премии)

№№ п/п	Название Программы ДМС	Базовая тарифная ставка , в %%
1	Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической помощи	6,20
2	Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи	0,80
3	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание скорой медицинской помощи	0,44
4	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание лекарственной помощи	3,54
5	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая вакцинацию от гриппа	0,44
6	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая ведение беременности (включая патологию)	0,89
7	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание медицинских услуг стационара при госпитализации для родовспоможения	1,06
8	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая санаторно-курортное лечение	0,44
9	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая профилактику и лечение заболеваний, вызываемых иксодовым клещом	0,18
10	Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание медицинской транспортировки	0,18

При этом могут быть реализованы следующие комбинации программ оказания медицинских услуг Застрахованному:

- 1) в программу добровольного медицинского страхования, предусматривающую оказание амбулаторно-поликлинической помощи, входят услуги программ вакцинации от гриппа, ведения беременности;
- 2) в программу добровольного медицинского страхования, предусматривающую оказание стационарной медицинской помощи как в экстренном, так и плановом порядке, входят услуги программы оказания скорой медицинской помощи;

**ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К БАЗОВЫМ ТАРИФНЫМ СТАВКАМ ДЛЯ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Фактор	Диапазон поправочных коэффициентов
Пол и возраст Застрахованного лица	0,2 – 5,0
Объем предоставляемого покрытия	0,4 – 3,0
Размер страховой суммы	0,2 – 5,0
Количество лиц, принимаемых на страхование	0,5 – 2,4
Ценовая категория медицинских учреждений, оказывающих услуги	0,2 – 4,0
Общее состояние здоровья Застрахованного лица	0,5 – 5,5
Наличие и количество хронических заболеваний у Застрахованного лица	1,0 – 5,0
Тяжесть хронических заболеваний у застрахованного лица	1,0 – 3,0
Сложившийся уровень убыточности по Страхователю	0,1 – 2,0
Тип и размер франшизы	0,6 – 1,0
Род занятий Застрахованного лица	0,2 – 4,0
Страхование в валютном эквиваленте	1,0 – 2,0
Субъективных факторы риска Застрахованного лица и величина страхового риска, определенная на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования,	0,5 – 3,5
Страхование на срок, отличный от 1 года	0,02 – 5,0
Изменение перечня применяемых исключений (в том числе случаев, не являющихся страховыми, случаев освобождения Страховщика от страховой выплаты, отказов в страховой выплате, принимаемых на страхование объектов), а также страховых рисков или иных параметров, расширение или сужение которых предусмотрено Правилами страхования, в том числе путем применения оговорок, предусмотренных Правилами страхования и исключения/изменения/дополнения отдельных составляющих Программ	0,2-3,0 за каждое исключение/условие/составляющую Программы

- 1) Компания может уменьшать или увеличивать брутто-тариф в зависимости от снижения или увеличения доли комиссионного вознаграждения.
- 2) Размер результирующего поправочного коэффициента, применяемого к страховому тарифу в не может быть ниже 0,01 и выше 20,0.
- 3) В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.

**Заявление на заключение договора
добровольного медицинского страхования**
(страхователь - физическое лицо)

ФИО Страхователя	
Дата рождения	Число _____ месяц _____ год _____
Паспортные данные Страхователя	Серия ____ № _____, кем выдан _____ когда _____
Адрес регистрации по паспорту:	
Адрес фактического проживания:	
ФИО Застрахованного	
Паспортные данные Страхователя	Серия ____ № _____, кем выдан _____ когда _____
Пол (м/ж)	
Имеющиеся группа инвалидности и /или диагностированные хронические заболевания	
Контактный телефон Застрахованного	
Дата рождения Застрахованного	
Адрес фактического проживания	
Выбранная программа страхования	
Желаемая дата начала действия договора	
Предполагаемый срок действия договора	
Контактный телефон Страхователя	

Страхователь подтверждает, что на момент подачи Заявления на заключение договора ДМС, заявленное на страхование лицо не имеет следующие заболевания и (или) связанные с ним осложнения³:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни⁴, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;;
- наркологические заболевания;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечная или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- инвалидность (кроме III группы)

Подпись _____ (_____)

Дата заполнения « ____ » _____ 20 ____ г.

³ В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен

ТИПОВАЯ ФОРМА

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ

Название компании

ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ

Фамилия, имя, отчество

Дата рождения

Пол _____ Полных лет _____ Рост _____ (см) ВЕС: _____ (кг)

Паспортные данные

Адрес проживания _____ Контактный телефон _____

Предполагаемый срок начала страхования (дата) : _____ (число) _____ (месяц) _____ (год)

Социальный статус лица, принимаемого на страхование: ___ учится ___ работает ___ не работает ___ пенсионер

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ

1. Был ли у Вас в течение последних 12 месяцев полис добровольного медицинского страхования?

- нет, никогда не был(а)
- да, в другой страховой компании
- да, но более года назад

Если ДА, то укажите в каком медицинском учреждении Вы обслуживались?

2. Дата Вашего последнего обращения к врачу, по поводу какого заболевания?

3. Как часто Вы посещаете поликлинику?

- Не посещаю
- 1-2 раза в год
- 3-6 раз в год
- 7-12 раз в год
- 2 раза в месяц
- чаще

4. К каким специалистам Вы обращаетесь наиболее часто?

- кардиолог
- ЛОР
- эндокринолог
- гинеколог
- гематолог
- мануальный терапевт
- терапевт
- окулист
- ревматолог
- аллерголог
- нефролог
- массажист
- невролог
- хирург
- уролог
- дерматолог
- психолог
- рефлексотерапевт
- другие:

5. Имеете ли Вы в настоящее время (или имели в прошлом) группу инвалидности? Если «да» – укажите причину (заболевание(-я)), группу и дату установления (снятия) инвалидности?

Группа инвалидности
Дата установления
/
Дата снятия
/
Причина установления

6. Приходилось ли Вам за последний год вызывать скорую медицинскую помощь?
Если «да», то укажите как часто и по какой причине (заболеванию):

7. Проходили ли Вы стационарное лечение?
Если "да", то укажите год, диагноз и проведенное лечение
Год
Диагноз
Лечение (операция/терапия)

8. Было ли Вам рекомендовано или планируете ли Вы в ближайшее время оперативное лечение? *Если «да», то какое и по поводу какого заболевания?*

9. Ставили ли Вам когда-нибудь следующие диагнозы?
Если «да», то укажите год начала заболевания:

Диагноз
Год

Ишемическая болезнь сердца
Паралич (парез)
Инфаркт миокарда
Хронический бронхит
Инсульт
Бронхиальная астма
Нарушения ритма сердца
Гипотиреоз _____ Гипертиреоз
Гипертоническая болезнь
Сахарный диабет
Язва желудка и/или 12-перстной кишки
Грыжа: ___ паховая ___ пупочная _____ другая
Панкреатит
Искривление носовой перегородки
Холецистит
Камни в почках
Камни в желчном пузыре
Пиелонефрит
Гепатит вирусный: ___ В ___ С ___ D ___ E ___ F ___ G
Гломерулонефрит
Гепатит лекарственный
Почечная недостаточность
Гепатит аутоиммунный
Психические расстройства
Цирроз печени
Эпилепсия - _____
Диагноз / Год
Печеночная недостаточность
Панические атаки _____ Фобии _____
Спаечная болезнь
Неврит
Сотрясение головного мозга
Мигрень
Депрессия
Вегето-сосудистая дистония

Заболевания крови: _____ анемия _____ эритремия _____ другое
Аллергия: _____ пищевая _____ лекарственная _____ на пыльцу _____ другое
Травма
Заболевание кожи
Остеохондроз позвоночника, радикулит
Глаукома
Межпозвонковые грыжи
Катаракта
Артрит (артроз)
ВИЧ-инфекция (СПИД)

Онкологическое заболевание *Укажите какое:*

Системное поражение соединительной ткани, коллагеноз. *Укажите какое:*

Наследственное заболевание. *Укажите какое:*

Туберкулез: _____ легких _____ почек _____ суставов _____ другое

Врожденный порок развития, аномалии развития органов и систем. *Укажите какое(-ие):*

Приобретенный порок органа или системы. *Укажите какое(-ие):*

10.1 Женское здоровье (*только для женщин*):

10.2 Мужское здоровье (*только для мужчин*):

Эндометриоз

Простатит

Полипы эндометрия

Аденома предстательной железы

Киста яичника

Варикоцеле

Эрозия шейки матки

Фимоз

Миома матки

Парафимоз

11. Рекомендовали ли Вам постоянное (диспансерное) наблюдение у каких-либо врачей? *Если «да», по какому заболеванию?*

12. Отмечали ли Вы у себя за последние 12 месяцев следующие симптомы:

одышку при простой ходьбе

боль в глазах

потеря сознания

одышку в покое (стоя, сидя, лежа)

преходящий шум и заложенность в ушах

ослабление и потерю движения в руках

повышение артериального давления *Укажите максимальные цифры:* _____ мм рт.ст.

ощущения покалывания, онемения, ползания мурашек

повышение сахара в крови *Укажите максимальный уровень:*

боли в области сердца

судороги

оглушенность

изменения на ЭКГ

головокружения

чувство тревоги или страха

боли в спине

расстройства речи

боли в животе

13. Курите ли Вы?

Если Да, то сколько сигарет в день?

Сколько лет?

14. Страдаете ли Вы каким-либо из заболеваний

- наркомания
- токсикомания
- алкоголизм

15. Укажите, что Вас беспокоит (на что Вы жалуетесь) в настоящий момент?

16. Ставился ли Вам диагноз стенокардия?

17. Имеются(лись) у Вас неврозы?

18. Укажите заболевания, которые у Вас отмечались ранее или имеются в настоящее время, но не были указаны выше?

19. Укажите, какие лекарственные препараты вы регулярно принимаете в настоящее время:

Настоящим я подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми. Я проинформирован и согласен, что несу ответственность за достоверность предоставленной информации о состоянии своего здоровья и в случае, если в процессе действия договора выявится, что мною предоставлена недостоверная информация, Страховщик имеет право прекратить договор страхования в отношении лица, данные о состоянии здоровья которого не соответствуют сведениям, указанным в настоящей Анкете.

Я также подтверждаю, что проинформирован агентом/сотрудником Страховщика об исключениях из программ добровольного медицинского страхования, а также о том, что по результатам рассмотрения настоящей анкеты Страховщик вправе запросить у меня документально подтвержденные данные о состоянии моего здоровья (при этом медицинская документация должна быть представлена не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента оформления медицинским и иным уполномоченным учреждением с приложением печати (штампа). Я также уполномочиваю любого зарегистрированного врача, медицинское учреждение, страховую организацию, владеющих записями или воспоминаниями о моем здоровье и здоровье лиц принимаемых на страхование, согласие которых мною получены, передавать всю такую информацию, включая первичную медицинскую историю, страховому обществу или его перестраховщикам. Я отказываюсь от каких-либо претензий по поводу передачи вышеназванной информации страховому обществу и его перестраховщикам. Настоящим я также подтверждаю своё согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года в целях исполнения Страховщиком обязательств по договору ДМС.

« » 20__ г.

подпись расшифровка Дата

Заявление и медицинскую анкету принял _____

Агент / Сотрудник

(отметить нужное)

(ФИО)

(подпись)