

**Общество
с ограниченной ответственностью
«Международная страховая компания
«АйАйСи»**

«УТВЕРЖДАЮ»

**Генеральный директор
ООО «Международная страховая компания
«АйАйСи»**



(Г.И.Кузюкина)

«26» марта 2014г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа, осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем и Застрахованным по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Страховщик – ООО «Международная страховая компания «АйАйСи», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации лицензией.

1.3. Страхователи - юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

Договор коллективного страхования заключается с юридическими лицами в пользу рабочих и служащих, а также членов их семей.

Страхователи - физические лица заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (застрахованных лиц).

1.5. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования в пользу Застрахованных в возрасте до 70 лет.

1.6. Страхование не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах, больные СПИД и онкологическими заболеваниями.

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

1.8. Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования в соответствии с программами страхования, согласно которым гарантирует организацию и финансирование по всему миру медицинских услуг определенного вида и качества.

II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного лица), связанный с дополнительными расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования.

III. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, совершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового обеспечения в размере полной или частичной компенсации дополнительных расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, при родах, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

3.3. В соответствии с настоящими Правилами Страховщик гарантирует организацию и оплату медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных Программой №1 «Амбулаторно - поликлиническая помощь», №2 «Стационарная помощь» и №3 «Реабилитационное лечение»;

В договор страхования может быть включена одна, две или три Программы добровольного медицинского страхования по выбору Страхователя. Страхователь может также выбрать конкретные медицинские услуги, входящие в Программы добровольного медицинского страхования, а также перечень медицинских учреждений из числа предложенных Страховщиком.

3.4. Перечень медицинских услуг и страховая сумма по договору страхования устанавливаются по индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком, но не могут быть меньше минимального уровня, установленного Страховщиком для каждой из предлагаемых программ.

3.5. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованным в лечебных учреждениях по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

3.6. Не признаются страховым случаем события, указанные в п.3.2., если они явились следствием:

3.6.1. самоубийства, попытки самоубийства Застрахованного;

3.6.2. умышленных действий Страхователя или Застрахованного лица, направленные на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства;

3.6.3. алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного;

3.6.4. совершения Застрахованным противоправных действий.

3.7. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское учреждение, если целью обращения является:

3.7.1. выявление заболевания, лечение обострений хронических заболеваний, травм и отравлений, явившихся следствием воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок,

3.7.2. оказание медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных договором страхования;

3.7.3. лечение алкоголизма, токсикомании или наркомании; венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии.

3.7.4. Страховщик не оплачивает услуги, препараты, лечение, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы врачом Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

3.8. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования.

IV. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия договора страхования и т.д. и не может быть ниже минимальной суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

4.2. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму или расширить перечень предоставляемых медицинской

программой услуг в пределах объема ответственности Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами и программой страхования, согласованными надлежащим образом с органом страхового надзора, - путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, с уплатой соответствующей страховой премии.

V. СТРАХОВОЙ ВЗНОС

5.1. Под страховым взносом понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. Страховой тариф определяется исходя из действующих цен на медицинские и иные услуги в конкретных медицинских учреждениях, предполагаемого количества обращений за этими услугами, заболеваемости населения.

В зависимости от возраста, застрахованного лица, характера производственной деятельности застрахованного лица, коллективной или индивидуальной формы заключения договора страхования, страховщик вправе применять повышающие (от 1,05 до 1,5) и понижающие (от 0,5 до 0,95) коэффициенты.

Указанные коэффициенты Страховщик вправе применять и в случае реализации положений пункта 4.2 Правил и пункта 4 программ страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящих Правил.

5.3. Страховой взнос может быть уплачен наличными деньгами представителю Страховщика или путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика.

Форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

5.4. Уплата страхового взноса производится одновременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.5. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховой взнос (первую его часть при уплате в рассрочку) в 5-дневный срок после подписания договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования). В случае не поступления страховой премии (ее первой части) в размере и сроки, установленные в договоре страхования, договор страхования считается несостоявшимся и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю.

В случае неуплаты очередного страхового взноса в оговоренные договором страхования сроки действие договора прекращается.

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг, предоставленных Застрахованному лицу в медицинском учреждении, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором сроки и размере.

6.2. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.3. Договор страхования заключается в письменной форме и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

6.4. Для оценки страхового риска и/или для заключения договора Страхователь оформляет письменное заявление (в соответствии с п. 6.4.1. настоящих Правил) и по требованию Страховщика, документы, указанные в п. 6.4.2. настоящих Правил.

6.4.1. Письменное Заявление на страхование может содержать следующие данные:

- сведения о Страхователе (полное наименование физического или юридического лица, дату рождения, адрес, телефон, паспортные данные/реквизиты организации);
- численность Застрахованных;
- программа страхования;
- срок страхования;
- страховая сумма.

6.4.2. По требованию Страховщика Страхователь обязан предъявить следующие документы:

- документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (паспорт, удостоверение личности);
- учредительные документы Страхователя – юридического лица;
- документ, удостоверяющий полномочия Страхователя на заключение договора страхования (доверенность, копия Приказа о назначении на должность и т.д.);
- информация о состоянии здоровья Страхователя (анкета о состоянии здоровья, справка об инвалидности).

6.5. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья, а также по результатам анкетирования направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

В зависимости от результатов анкетирования (предварительного медицинского освидетельствования), кандидату на страхование присваивается соответствующая группа здоровья:

группа здоровья 1 - практически здоровые лица 20-40 лет без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендициты, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья 2 - практически здоровые с повышенным риском заболевания лица в возрасте 20-50 лет с отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, онкологическими, почечно - желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

группа здоровья 3 - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, сексуальными нарушениями, гипертонической болезнью 1 и 2 степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети до 5 лет и лица старше 60 лет.

6.6. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение пяти дней со дня получения документов, указанных в п.п.6.4.-6.5.

6.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе), форме заявления на страхование или в его письменном запросе.

При заключении договора страхования, до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.8. Договор страхования вступает в силу - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика. При не поступлении страховой премии (первого взноса) в размере и сроки, определенные в договоре страхования, договор страхования считается несостоявшимся и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю.

6.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

6.10. На основании статьи 943 ГК РФ при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и об их дополнении в той мере, в какой это не противоречит действующему страховому законодательству РФ.

VII. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором, наступает после вступления его в законную силу.

7.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в лечебные учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении застрахованного лица в лечебное учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность застрахованного лица.

В случае необходимости застрахованное лицо (Страхователь) обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения. Перечисление производится после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной договором страхования. Взаимоотношения с медицинским учреждением определяются соответствующим договором.

VIII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. Для реализации Программ добровольного медицинского страхования заключать двусторонние договоры с медицинскими учреждениями.

8.1.2. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованным лицам;

8.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном лице за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. При заключении договора страхования произвести предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья, а также по результатам анкетирования направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

8.2.2. Проверять представленную Страхователем информацию;

8.2.3. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинской помощи и иных услуг, и распорядка, установленного медицинским учреждением;

8.2.4. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий договора страхования;

8.2.5. Принимать меры по установлению причин страхового случая;

8.2.6. Установить страховую сумму по конкретной Программе или медицинской услуге;

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. Уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные в договоре страхования;

8.3.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

8.3.3. Страхователь – юридическое лицо – обеспечить достоверность и правильность списков Застрахованных лиц, а также сообщать Страховщику обо всех изменениях в этих списках, согласованных с Застрахованными лицами;

8.3.4. Страхователь – юридическое лицо обязан ознакомить каждое Застрахованное лицо с условиями договора страхования;

8.3.5. Сообщить в течение срока, установленного в договоре страхования, Страховщику о наступлении страхового случая способом, указанным в договоре страхования;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Выбрать по своему желанию Программу добровольного медицинского страхования и конкретный перечень медицинских и иных услуг, входящих в данную программу;

8.4.2. Требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредоставления указанных медицинских услуг Страхователь должен немедленно известить Страховщика.

8.4.3. В течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования в пределах объема ответственности Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами и программой страхования, согласованными надлежащим образом с органом страхового надзора, или повысить размер страховой суммы (лимита ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.5.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица

8.6. Застрахованное лицо имеет право:

8.6.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программ добровольного медицинского страхования в предусмотренных договором страхования медицинских учреждениях;

8.6.2. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

8.7. Все сообщения, предусмотренные условиями настоящих Правил и договора страхования, должны направляться Страхователем Страховщику в письменной форме, либо способами связи, обеспечивающими фиксирование сообщений, либо вручаться Страховщику под расписку.

8.8. Страховщик, Страхователь, Застрахованный осуществляют другие права и исполняют другие обязанности, предусмотренные договором страхования и действующим законодательством РФ.

IX. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.10.1. по истечении срока его действия;

9.10.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

9.10.3. по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора страхования, а также по соглашению сторон;

9.10.4. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

9.10.5. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не принял на себя обязательства Страхователя, предусмотренные договором страхования;

9.10.9. в случае смерти всех Застрахованных по договору лиц;

9.10.7. в случае признания судом договора страхования недействительным;

9.10.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.11. При неуплате Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором сроки в зависимости от условий конкретного договора страхования Страховщик вправе:

- уменьшить страховую сумму по договору страхования пропорционально уплаченным взносам;

- расторгнуть договор страхования. В этом случае Страхователю возвращается сумма уплаченных денежных средств за вычетом расходов Страховщика.

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

9.13. При отказе Страхователя от договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. Если требование Страхователя о расторжении договора обусловлено нарушением Страховщиком условий договора, то Страховщик должен вернуть Страхователю внесенную тем страховую премию полностью.

9.14. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика, обусловленному невыполнением Страхователем условий договора, возврат страховых взносов в этом случае производится за истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

9.15. Любые изменения и дополнения к договору страхования действуют лишь в том случае, если они оформлены документально и заверены подписями и печатями сторон.

X. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если договор заключен после наступления страхового случая.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

XI. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

XII. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

12.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

12.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

XIII. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования с целью расширения объема обязательств Страховщика по договору страхования, включая перечень объектов страхования и страховых рисков, в обязательном порядке предварительно согласовываются с органом государственного страхового надзора.

Иные изменения в настоящие Правила страхования, не противоречащие законодательству, вносятся Страховщиком самостоятельно с уведомлением в установленный срок о внесенных изменениях органа государственного страхового надзора.

ПРОГРАММА №1 **Амбулаторно-поликлиническая помощь**

Программа №1 предусматривает оказание Застрахованному лицу квалифицированной амбулаторной помощи – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на базе ведущих лечебно-профилактических учреждений.

1. Перечень медицинских и иных услуг, по которым Страховщиком гарантирована оплата в рамках данной Программы добровольного медицинского страхования:

1.1. Обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинское учреждение по поводу консультативной, профилактической, экстренной и иной помощи при острых заболеваниях или обострениях хронических заболеваний, требующих немедленной помощи врача в случаях:

- Болезней системы кровообращения;
- Болезней органов пищеварения;
- Болезней органов дыхания;
- Болезней нервной системы
- Болезней органов зрения;
- Болезней органов слуха;
- Гинекологических заболеваний;
- Инфекционных болезней;
- Болезней эндокринной системы;
- Болезней полости рта, челюстей;
- Болезней кожи;
- Болезней мочевой системы;

1.2. Квалифицированная медицинская помощь при травмах, ожогах, отравлениях, несчастных случаях, кроме покушения на самоубийство, членовредительство или полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

1.3. Визит к врачу для получения медицинской справки, рецептов, выписки из истории болезни.

1.4. Вызов врача на дом для снятия острых состояний в случаях, не позволяющих застрахованному самостоятельно посетить медицинское учреждение.

1.5. Стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь, без протезирования.

1.6. Восстановительные и нетрадиционные методы лечения после перенесенных заболеваний и/или их обострений (физиотерапевтические процедуры, мануальная и иглорефлексотерапия, массажи и др.).

1.7. Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.), за исключением особо опасных, лечение которых осуществляется только в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

2. В данную программу не включается:

- Лечение онкологических заболеваний.
- Кардиохирургия.
- Проведение гемодиализа при хронической почечной недостаточности, ядерно-магнитная томография.
- Лечение сахарного диабета.
- Нейрохирургия.
- Заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией.
- Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации или протезирования.
- Лечение системных заболеваний: коллагенозы, васкулиты и др.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь.
- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения.
- Эпилепсия.
- Ведение беременности (в сроках свыше 8 недель), роды.

- Лечение сексуальных расстройств и бесплодия, импотенции
- Прерывание беременности (в том числе миниаборт), подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС), за исключением ситуаций, обусловленных особыми медицинскими показаниями.
- Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, заболевания иммунной этиологии, особо опасные инфекции, генерализованные формы микоплазмоза, хламидиоза, цитомегавирусной и герпетической инфекции (анализы, проводимые методом ПЦР, РИФ ИФА, определения специфических Ig к данным микроорганизмам).;
- Психиатрические заболевания и их прямые осложнения.
- Наркологические заболевания и их последствия.
- Протезирование зубов, ортодонтическая помощь.
- Косметология, в том числе стоматологическая, оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал).

3. Кроме того, не являются страховыми случаями и не подлежат оплате Страховщиком профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных лиц и назначенные в связи с этим дообследования (функциональные пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные исследования, консультации и т.д.), за исключением случаев, когда Страховщик в письменном виде подтверждает оплату этих расходов.

4. На особых условиях, при внесении дополнительного страхового взноса, Страховщик может организовать застрахованному обследованию и лечение заболеваний, перечисленных в разделе 2, оказание медицинских услуг перечисленных в разделе 3, а также дополнительных медицинских и сервисных услуг, не оговоренных в настоящем Перечне, при условии, что такое расширение объема ответственности Страховщика не противоречит пункту 4.2 Правил.

Любое дополнение или изменение в медицинской программе, в части касающейся медицинских и иных услуг, исключений и перечня лечебно-профилактических учреждений страхования, является существенным условием договора и требует заключения дополнительного соглашения.

ПРОГРАММА №2

Стационарная медицинская помощь

Программа предусматривает оказание Застрахованному лицу квалифицированной стационарной медицинской помощи – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на базе ведущих лечебно-профилактических учреждений.

1. Перечень медицинских и иных услуг, по которым Страховщиком гарантирована оплата в рамках программы добровольного медицинского страхования:

1.1 Обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинское учреждение по поводу консультативной, профилактической, экстренной и иной помощи при **острых** заболеваниях или **обострениях хронических** заболеваний, требующих немедленной помощи врача в случаях:

- Болезней системы кровообращения;
- Болезней органов пищеварения;
- Болезней органов дыхания;
- Болезней нервной системы;
- Болезней органов зрения;
- Болезней органов слуха;
- Гинекологических заболеваний;
- Инфекционных болезней;
- Болезней эндокринной системы;
- Болезней полости рта, челюстей;
- Болезней кожи;
- Болезней мочевой системы;

1.2. Квалифицированная медицинская помощь при травмах, ожогах, отравлениях, несчастных случаях, кроме покушения на самоубийство, членовредительство или полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Программа включает в себя:

1. Госпитализацию Застрахованного лица в стационарное отделение соответствующего профиля.

2. Предоставление комфортабельных условий пребывания в стационаре.

3. Выбор Застрахованным лицом лечащего врача.

4. Обеспечение необходимыми медикаментами для лечения в стационаре.

5. Обеспечение Застрахованному всех необходимых диагностических и лечебных манипуляций, включая оперативное вмешательство.

6. Вызов врача на дом для снятия острых состояний в случаях не позволяющих застрахованному самостоятельно посетить медицинское учреждение с последующей госпитализацией.

7. Стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь, без протезирования, требующая госпитализации.

8. Восстановительные методы лечения после перенесенных заболеваний и/или их обострений (физиотерапевтические процедуры, мануальная и иглорефлексотерапия, массажи и др.).

9. Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.), за исключением особо опасных, лечение которых осуществляется только в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

2. В данную программу не включается:

- Лечение онкологических заболеваний.
- Кардиохирургия.
- Проведение гемодиализа при хронической почечной недостаточности, ядерно-магнитная томография.

- Лечение сахарного диабета.

- Нейрохирургия.

- Заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией.

- Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации ил протезирования.

- Лечение системных заболеваний: коллагенозы, васкулиты и др.

- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения.
- Эпилепсия.
- Ведение беременности (в сроках свыше 8 недель), роды.
- Лечение сексуальных расстройств и бесплодия, импотенции
- Прерывание беременности (в том числе миниаборт), подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС), за исключением ситуаций, обусловленных особыми медицинскими показаниями.
 - Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, заболевания иммунной этиологии, особо опасные инфекции, генерализованные формы микоплазмоза, хламидиоза, цитомегавирусной и герпетической инфекции (анализы, проводимые методом ПЦР, РИФ ИФА, определения специфических Ig к данным микроорганизмам).;
 - Психиатрические заболевания и их прямые осложнения.
 - Наркологические заболевания и их последствия.
 - Протезирование зубов, ортодонтическая помощь.
 - Косметология, в том числе стоматологическая, оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал).

3. Кроме того, не являются страховыми случаями и не подлежат оплате Страховщиком профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных и назначенные в связи с этим дообследования (функциональные пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные исследования, консультации и т.д.), за исключением случаев, когда Страховщик в письменном виде подтверждает оплату этих расходов.

4. На особых условиях, при внесении дополнительного страхового взноса, Страховщик может организовать застрахованному обследование и лечение заболеваний, перечисленных в разделе 2, оказание медицинских услуг перечисленных в разделе 3, а также дополнительных медицинских и сервисных услуг, не оговоренных в настоящем Перечне, при условии, что такое расширение объема ответственности Страховщика не противоречит пункту 4.2 Правил.

Любое дополнение или изменение в медицинской программе, в части касающейся медицинских и иных услуг, исключений и перечня лечебно-профилактических учреждений страхования, является существенным условием договора и требует заключения дополнительного соглашения.

ПРОГРАММА № 3 **Восстановительное (реабилитационное) лечение**

Программа предусматривает предоставление Застрахованному лицу восстановительного (реабилитационного) лечения в медицинских учреждениях, санаториях, профилакториях и иных лечебных учреждениях, выбранных Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих соответствующие договоры со Страховщиком.

Страховым случаем является предоставление Застрахованному лицу восстановительного (реабилитационного) после амбулаторного и/или стационарного лечения, проведенного в соответствии с Программой №1 и/или №2, необходимого по медицинским показаниям с целью предупреждения перехода болезни в хроническую стадию, для профилактики обострений и/или осложнений болезненных процессов, а также для сохранения работоспособности Застрахованного.

Программа предусматривает реабилитационное лечение Застрахованных лиц в России, СНГ и за рубежом по следующим профилям:

- по общему терапевтическому;
- сердечно-сосудистому;
- желудочно-кишечному профилю;
- гинекологическим заболеваниям;
- болезням системы кровообращения;
- органов дыхания;
- нервной системы;
- органов зрения;
- органов слуха;
- эндокринной системы;
- полости рта;
- кожи;
- мочевой системы, инфекционным болезням

Программа включает в себя:

- Грязелечение.
- Климатолечение.
- Психотерапию.
- Водолечение.
- Мануальную терапию.
- Иглорефлексотерапию.
- Лечебную физкультуру в тренажерном зале и бассейне.
- Физиотерапевтическое лечение, массажи.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции.

Расходы на получение всех видов медицинской помощи, не соответствующей профилю восстановительного (реабилитационного) лечения, не оплачиваются.

Кроме того, не являются страховыми случаями и не подлежат оплате Страховщиком профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных и назначенные в связи с этим дообследования (функциональные пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные исследования, консультации и т.д.), за исключением случаев, когда Страховщик в письменном виде подтверждает оплату этих расходов.

Любое дополнение или изменение в медицинской программе, в части касающейся медицинских и иных услуг, исключений и перечня лечебно-профилактических учреждений страхования, является существенным условием договора и требует заключения дополнительного соглашения.

**РАЗМЕР ТАРИФНЫХ СТАВОК
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**
(в % к страховой сумме)

Группа здоровья	Программа страхования		
	Амбулаторно- поликлиническая помощь	Стационарная помощь	Реабилитационное лечение
I	29,59	12,8	29,78
II	45,06	20,02	39,35
III	61,07	26,48	51,55

В зависимости от возраста, застрахованного лица, характера производственной деятельности застрахованного лица, коллективной или индивидуальной формы заключения договора страхования, страховщик вправе применять повышающие (от 1,05 до 1,5) и понижающие (от 0,5 до 0,95) коэффициенты.