

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «РСХБ – Страхование»
(АО СК «РСХБ-Страхование»)**

УТВЕРЖДЕНЫ
приказом
от «30» ноября 2014 года
№ 321-од

Генеральный директор

 /С.И. Простатин/

**ПРАВИЛА
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**
(от 13.04.2012 в редакции от 13.04.2015, от 15.04.2016, от 30.11.2014)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ
4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ
5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА
6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ
13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

Приложение: ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 1-16

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила медицинского страхования (далее – Правила страхования) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Акционерным обществом Страховая компания «РСХБ - Страхование» (далее - Страховщик) договоров медицинского страхования (далее - договор страхования).

1.2. Страхователи – юридические лица, дееспособные физические лица (в том числе иностранные граждане и лица без гражданства), а также дееспособные физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, заключившие со Страховщиком договор страхования.

1.2.1. Страхователи - юридические лица и физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, заключившие со Страховщиком договор страхования в пользу Застрахованного лица - физического лица.

1.2.2. Страхователи - физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования в пользу Застрахованного лица.

1.2.3. При этом все положения настоящих Правил страхования и условий договора страхования, обязательные для Страхователя, распространяются соответственно и на Застрахованное лицо (за исключением обязанности по уплате страховой премии). Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны быть выполнены ранее, наравне со Страхователем несет и Застрахованное лицо.

1.2.4. В период действия договора страхования Страхователь вправе, если иное не предусмотрено договором страхования, в любое время до наступления страхового случая заменить Застрахованное лицо, письменно уведомив об этом Страховщика.

1.2.5. Застрахованными лицами по договору страхования могут быть любые физические лица.

1.3. По договору страхования одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), выплатить в порядке, предусмотренном договором страхования, обусловленную договором сумму (страховую сумму) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая) с Застрахованным лицом.

1.4. Страховщик в соответствии с условиями договора страхования в счет страховой выплаты вправе организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу.

В таком случае организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу может осуществляться Страховщиком с привлечением сервисных (ассистантских) компаний или медицинских организаций с последующей оплатой организованных или оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, в связи с наступлением страхового случая.

Конкретный перечень сервисных (ассистантских) компаний или медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за организацией для него и получением им медицинских и иных услуг, приводится в договоре страхования.

Сервисная (ассистанская) компания – специализированная организация (учреждение), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в медицинских организациях.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.5. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также - Стороны) могут договориться об изменении или исключении отдельных положений

Правил страхования и о дополнении Правил страхования.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов, программа медицинского страхования), заключаемым на основе настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования могут быть имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, при условии, что услуги и мероприятия предусмотрены Программой медицинского страхования, по которой заключен договор страхования и не исключены из страхования.

2.2. *Под медицинской помощью* по настоящим Правилам страхования понимается первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Формами оказания медицинской помощи являются - экстренная помощь, неотложная помощь, плановая помощь.

Под лекарственной помощью по настоящим Правилам страхования понимается обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами и/или изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу и назначенными врачом медицинской организации, в рамках Программы медицинского страхования.

Под иными услугами по настоящим Правилам страхования понимаются:

- услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе, по организации проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи;
- совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;
- услуги по доставке медикаментов, услуги сиделки;
- оформление и выдача медицинской документации;
- создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг, не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица;
- переводческие услуги в период получения медицинских услуг;
- информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи.

2.3. Конкретный перечень медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также форма оказания медицинской помощи указывается в

соответствующей Программе медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. 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.

Страховым риском в соответствии с настоящими Правилами страхования является:

- риск обращения Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в сервисные (ассистанские) компании или медицинские организации, из числа предусмотренных в договоре страхования или согласованных со Страховщиком, для организации и получения медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в рамках предусмотренных Программой медицинского страхования;
- риск возникновения в течение срока действия договора страхования необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных Программой медицинского страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

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

Страховым случаем согласно настоящим Правилам страхования с учетом всех положений, определений и исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования, является:

- обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в сервисные (ассистанские) компании или медицинские организации, из числа предусмотренных в договоре страхования или согласованных со Страховщиком, для организации и получения медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в рамках предусмотренных Программой медицинского страхования;
- возникновение в течение срока действия договора страхования необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных Программой медицинского страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

4.2. Датой наступления страхового случая признается:

- дата обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию – при обращении за организацией и/или оказанием медицинской помощи;
- дата обращения Застрахованного лица в учреждение, осуществляющее фармацевтическую деятельность, за получением лекарственной помощи, назначенной врачом медицинской организации в течение срока действия договора страхования;
- дата обращения Застрахованного лица в учреждение, реализующее изделия медицинского назначения, за получением изделий медицинского назначения, выписанных врачом медицинской организации в течение срока действия договора страхования;
- дата обращения Застрахованного лица или иного лица в интересах Застрахованного лица, в медицинскую или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания иных услуг в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

4.3. В Программу медицинского страхования может быть включено обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами по поводу следующих заболеваний / состояний: острого заболевания, хронического заболевания и его обострения, травмы (в т.ч., ожог, отморожение), отравления, беременности, профилактике заболеваний, повлекших возникновение расходов Застрахованного лица по оплате оказанной ему медицинской помощи, указанной в Программе медицинского страхования.

4.4. Конкретный перечень заболеваний / состояний приводится в соответствующей Программе медицинского страхования (*Приложение*). По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг и иных услуг по Программе медицинского страхования может ограничиваться или расширяться.

4.5. Если иное не предусмотрено в договоре страхования (конкретной Программой медицинского страхования, указанной в договоре страхования), не признается страховым риском, страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица:

4.5.1. В связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических, психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача.

4.5.2. В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий.

4.5.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

4.5.4. В связи с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом.

4.5.5. В связи с особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой, чумой, холерой, вирусными геморрагическими лихорадками, полиомиелитом, ТОРС) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина.

Указанные в пп. 4.5.2 - 4.5.4 настоящих Правил страхования обстоятельства должны быть подтверждены решением суда, документами из правоохранительных органов, иными документами из компетентных органов и организаций (медицинских, экспертных).

4.6. Не признаются страховыми случаи обращения за медицинскими и иными услугами, возникновение необходимости организации и оказания иных услуг:

4.6.1. Если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные договором страхования и/или Программой медицинского страхования, или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования.

4.6.2. Если Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях, не предусмотренных договором страхования, без письменного согласования со Страховщиком.

4.6.3. Если медицинские или иные услуги были оказаны лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.6.4. В связи с ВИЧ-инфекцией, СПИД (в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»).

4.6.5. В связи с туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса в соответствии с Федеральным законом от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»).

4.7. Если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой медицинского страхования, Страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и иных услуг, если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

4.7.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.7.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

4.7.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.8. Договором страхования может быть предусмотрено условие, что не признаются страховыми случаи обращения Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, произошедшими в течение определенного в договоре страхования периода (далее - **временная франшиза**), в соответствии п. 6.10 Правил страхования.

5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

5.1. Объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, а также объем медицинских и иных услуг, обращение за которыми и возникновение необходимости организации и оказания которых не признаются страховыми случаями и не оплачивается Страховщиком, указывается в договоре страхования и в Программе медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

Программы медицинского страхования, прилагаемые к договорам страхования, предусматривают конкретный перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

5.2. В Программу медицинского страхования, прилагаемую к договору страхования, *могут быть включены* все или отдельные из медицинских и иных услуг, предусмотренных в *Приложении* к настоящим Правилам.

5.3. Из Программы медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования и составленной на основании *Приложения* к настоящим Правилам, *могут быть исключены* отдельные медицинские и иные услуги из числа указанных в *Приложении* к настоящим Правилам, а также отдельные заболевания /состояния из числа указанных п. 4.3 Правил страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

6.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, на основании которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

6.2. Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя, исходя из предполагаемого перечня и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и Программой медицинского страхования.

6.2.1. В договоре страхования страховые суммы по Программам медицинского страхования могут быть установлены следующим образом:

а) общая (единая) страховая сумма по всем Программам медицинского страхования, предусмотренным договором страхования для конкретного Застрахованного лица. В этом случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных всеми Программами медицинского страхования по всем страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом, не может превышать установленной общей (единой) страховой суммы;

б) отдельные страховые суммы по каждой Программе медицинского страхования, предусмотренной договором страхования для конкретного Застрахованного лица. В этом случае сумма оплаты медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу в соответствии с конкретной Программой медицинского страхования, не может превышать страховую сумму по данной Программе медицинского страхования;

в) общая (единая) страховая сумма по части Программ медицинского страхования, предусмотренных договором страхования для конкретного Застрахованного лица, и отдельные страховые суммы по остальным Программам медицинского страхования,

предусмотренным договором страхования для данного Застрахованного лица. В этом случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу, не может превышать:

- общей (единой) страховой суммы в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны по Программам медицинского страхования, для которых установлена общая (единая) страховая сумма;

- отдельной страховой суммы по соответствующей Программе медицинского страхования в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны в рамках данной Программы медицинского страхования.

6.3. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика - ограничения по размеру страховых выплат по отдельным видам медицинских и иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям), обращениям или их различным комбинациям. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям медицинских услуг - процедур, койко-дней и т.п.).

6.4. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (далее – страхование в валютном эквиваленте).

6.5. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в рублевом эквиваленте иностранной валюты по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату начала страхования. При этом страховая выплата Страховщиком осуществляется в рублях.

6.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, после страховой выплаты при наступлении страхового случая страховая сумма по договору страхования уменьшается на размер страховой выплаты. В этом случае Страхователь может восстановить страховую сумму путем заключения на условиях настоящих Правил страхования дополнительного соглашения на оставшийся срок действия договора страхования с уплатой дополнительной страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется Сторонами в том же порядке и в той же форме, что и договор страхования.

6.7. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых Программой медицинского страхования услуг или перечень медицинских организаций путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений и условий их действия и уплаты дополнительной страховой премии.

6.8. Договором страхования может быть предусмотрена **франшиза** – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, которая устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Франшиза может устанавливаться в определенном проценте от страховой суммы, в абсолютном выражении, путем установления в договоре определенного периода (**временная франшиза**).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

6.9. По условиям договора страхования франшиза может быть условной (Страховщик не производит страховую выплату, если стоимость оказанных услуг, подлежащих оплате Страховщиком, не превышает сумму франшизы, но производит страховую выплату в полном объеме, если стоимость оказанных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям договора страхования, превышает сумму франшизы) и безусловной (размер франшизы всегда вычитается из стоимости оказанных услуг, подлежащих оплате Страховщиком согласно условиям договора страхования).

Оказанные Застрахованному лицу услуги, стоимость которых не превышает сумму безусловной франшизы, оплате не подлежат).

6.10. При установлении в договоре страхования **временной франшизы** не подлежат оплате Страховщиком медицинские и иные услуги, за оказанием которых обратилось Застрахованное лицо, в течение определенного в договоре страхования периода.

6.11. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

6.12. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие ставку страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе программы страхования, наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

6.13. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению Сторон и указывается в договоре страхования.

6.14. Страховой тариф определяется Страховщиком с применением базовых тарифных ставок, рассчитанных на один год страхования, и коэффициентов к ним (их предельных значений), которые могут применяться в зависимости от характера (степени) страхового риска, иных условий страхования, предусмотренными настоящими Правилами.

6.15. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными денежными средствами или безналичным платежом, единовременно или в рассрочку двумя или более страховыми взносами. Форма, порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается, если иное не предусмотрено в договоре страхования:

а) при безналичной оплате – дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика (представителя Страховщика);

б) при уплате наличными деньгами - дата поступления страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика (представителя Страховщика).

6.16. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае если в установленный договором страхования срок, страховая премия (первый страховой взнос - при оплате страховой премии в рассрочку) не уплачена либо уплачена в размере меньшем, чем это предусмотрено договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет никаких юридических последствий. События, наступившие по такому договору, не являются страховыми случаями, и выплата по ним не производится. Оплаченная не в полном объеме, либо после указанного срока, страховая премия (первый страховой взнос - при оплате страховой премии в рассрочку) подлежит возврату Страхователю в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента его поступления на расчетный счет Страховщика.

6.17. При неуплате в установленный договором страхования срок всей суммы очередного страхового взноса (если стороны не договорились об отсрочке уплаты страхового взноса), действие договора страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным в договоре страхования как день уплаты очередного страхового взноса, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя. В этом случае ранее уплаченные Страховщику страховые взносы возврату не подлежат, если договором страхования не предусмотрено иное. Договоренность об отсрочке уплаты страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования.

При этом страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие до даты расторжения договора страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса).

6.18. При страховании с валютным эквивалентом страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления). В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

7.1.1. По требованию Страховщика к заявлению на страхование прикладывается Медицинская анкета. Сведения, указанные в Медицинской анкете, удостоверяются подписью Застрахованного лица.

7.1.2. Договор страхования может заключаться путем:

- составления одного документа, подписанного от имени сторон уполномоченными лицами (пункт 2 статьи 434 ГК РФ);

- вручения Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем страхового полиса.

7.1.3. Список Застрахованных лиц с указанием сведений, необходимых для их идентификации в соответствии с требованием действующего законодательства Российской Федерации, Программа медицинского страхования, перечень медицинских и/или иных организаций, в которые может обратиться Застрахованное лицо при наступлении страхового случая, является неотъемлемой частью договора страхования (страхового полиса).

7.1.4. После заключения договора страхования Страховщик, по требованию Страхователя, выдает для Застрахованного лица именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования в пользу Застрахованного лица – индивидуальный страховой полис и пропуск в медицинскую и иную организацию.

7.1.5. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) договора страхования (страхового полиса) в период его действия по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица), Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления выдает дубликат. После выдачи дубликата утраченный документ считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

7.1.6. Все изменения и дополнения к договору страхования оформляются в письменной форме.

7.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах страхования, договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе – Заявлении на страхование, Медицинской анкете.

7.3. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя, на какие - либо вопросы Страховщика, поставленные в Заявлении на страхование, Медицинской анкете Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

7.4. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ).

Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.5. Для заключения договора страхования Страхователь предоставляет следующие документы:

- заполненное Заявление на страхование/Медицинскую анкету;
- копию документа, подтверждающего регистрацию в качестве юридического лица (для Страхователя юридического лица);
- копию свидетельства о регистрации индивидуального предпринимателя (для Страхователя индивидуального предпринимателя);
- копию документа, удостоверяющего личность (в т.ч. паспорта Страхователя (если Страхователь - физическое лицо);
- документ, подтверждающий прохождение Застрахованным лицом медицинского осмотра или обследования, в случае, предусмотренном в п.7.6 Правил страхования;
- сведения о количестве Застрахованных лиц, их ФИО, адрес, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- предложения по перечню медицинских и иных услуг, по перечню медицинских и иных организаций, о размере страховой суммы на каждое Застрахованное лицо;
- письменное согласие на обработку Страховщиком и его контрагентами персональных данных Страхователя – физического лица, если для заключения и (или) исполнения договора страхования необходимы персональные данные Застрахованного лица, Страхователь обязан получить письменное согласие каждого Застрахованного лица на осуществление обработки его персональных данных Страховщиком и контрагентами Страховщика. Такое согласие дается в целях исполнения договора страхования и соблюдения требований действующего законодательства, и должно отвечать требованиям ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Согласие Застрахованного лица, не являющегося Страхователем, передается Страховщику или хранится у Страхователя и предоставляется Страховщику в течение 1 (одного) рабочего дня по его первому требованию. Согласие должно действовать с даты заполнения Заявления на страхование (даты заключения договора страхования) до истечения трех лет (если иной срок не указан в согласии) после прекращения Страховщиком обязательств по договору страхования;
- согласие Застрахованного лица в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять АО СК «РСХБ-Страхование», осуществляющему страхование по договору страхования, а также Сервисной компании по договору страхования, любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.) в связи с оценкой степени страхового риска.

Данный перечень сведений и документов, а также указанный в п. 7.2 Правил страхования, является исчерпывающим. Страховщик при заключении конкретного договора страхования вправе уточнить или сократить перечень предоставляемых Страхователем документов и сведений. Заявление на страхование, а также документы, прилагаемые к нему, и иные документы, запрошенные Страховщиком при заключении договора страхования, являются неотъемлемой частью договора страхования.

7.6. Страховщик вправе в целях получения сведений о фактическом состоянии здоровья Застрахованного лица и дальнейшей оценки Страховщиком степени страхового риска потребовать от Страхователя прохождения Застрахованным лицом медицинского осмотра или обследования в медицинской организации. Застрахованное лицо обязано пройти медицинский осмотр или обследование в медицинской организации, указанной Страховщиком или по выбору Застрахованного лица в медицинской организации, согласованной со Страховщиком, и предоставить документ, выданный медицинской организацией, или его надлежаще заверенную копию. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком в зависимости от полученных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица в Медицинской анкете. Расходы по медицинскому осмотру или обследованию несет Страхователь/Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено соглашением Сторон.

7.7. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.

Если иное не предусмотрено договором страхования, договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового вноса).

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало или должно было стать об этом известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование и в письменном запросе Страховщика.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени риска страхования, вправе потребовать изменение условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии. Перерасчет страховой премии производится по следующей формуле:

$$Д = (P2 - P1) * n / m, \text{ где:}$$

Д – дополнительная страховая премия по одному Застрахованному лицу, подлежащая уплате,

P1 – первоначальная страховая премия по одному Застрахованному лицу,

P2 – страховая премия по одному Застрахованному после изменения условий договора страхования,

n – количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования,

m – количество дней, на которые заключен договор страхования.

8.3. В случае не извещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повышающих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора.

В случае отказа Страхователя от изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии Страховщик имеет право требовать расторжения договора в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 ГК РФ.

8.4. Страховщик не имеет права требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение риска, уже отпали.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. **Страхователь имеет право:**

9.1.1. Требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, предусмотренных договором страхования,

медицинских и иных услуг, определенных Программой медицинского страхования при наступлении страхового случая.

9.1.2. В течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе медицинского страхования, выбранной Страхователем, или изменить перечень медицинских учреждений и/или Программ медицинского страхования, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования.

9.1.3. Отказаться от договора страхования в любое время в соответствии с п. 10.2 Правил страхования, письменно уведомив об этом Страховщика.

9.1.4. Обратиться с письменным заявлением к Страховщику об изменении численного состава Застрахованных лиц по договору страхования (в том числе о включении, исключении, изменении Программы медицинского страхования Застрахованного лица, а также изменении сведений по Застрахованному лицу).

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица.

9.2.2. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере.

9.2.3. Передать Застрахованному лицу необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному лицу условия договора страхования.

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

9.2.5. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком и организациями, оказывающими медицинские и иные услуги, персональных данных Застрахованных лиц, в том числе персональных данных специальной категории, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

9.2.6. Предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п. 9.2.5 Правил страхования, в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика.

9.2.7. Предоставлять информацию, необходимую для исполнения требований законодательства Российской Федерации в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах.

9.3. Застрахованное лицо имеет право:

9.3.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее 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 случае если данные условия предусмотрены договором страхования.

9.3.3. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи.

9.3.4. При утрате страховых документов получить их дубликат.

9.4. Застрахованное лицо обязано:

9.4.1. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой медицинского страхования.

9.4.2. Соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинской организацией.

9.4.3. Не передавать договор страхования (страховой полис), Программу медицинского страхования, пропуск в медицинские организации другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

9.4.4. Немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства.

9.4.5. При утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата.

9.4.6. При обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, страховой полис, пропуск в медицинскую или иную организацию.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. Проверять полученную от Страхователя и Застрахованного лица информацию, выполнение Страхователем и Застрахованным лицом условий договора страхования.

9.5.2. Не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования.

9.5.3. Запрашивать сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Вручить Страхователю настоящие Правила страхования.

9.6.2. Организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренных Программой медицинского страхования согласно условиям договора страхования.

9.6.3. При наступлении страхового случая оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с условиями договора страхования.

9.6.4. Контролировать объем, сроки и качество предоставленных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

9.6.5. Осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному лицу, если это предусмотрено договором страхования, суммы, затраченной им на получение медицинской помощи, а также возместить стоимость приобретенных Застрахованным лицом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования или Программой медицинского страхования в порядке, предусмотренном в разделе 11 Правил страхования.

9.6.6. Выдать Застрахованному лицу страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате - дубликат.

9.7. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении договора страхования. Конфиденциальными сведениями по договору страхования признаются: сведения о Застрахованных лицах, сведения о факте обращения Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

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

9.8. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

10.1.1. Истечения срока его действия.

10.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме.

10.1.3. Смерти Страхователя (физического лица) не являющегося Застрахованным лицом, если Застрахованное лицо или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица) кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании).

10.1.4. Смерти Застрахованного лица. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении умершего Застрахованного лица.

10.1.5. При неуплате Страхователем очередного страхового взноса в размере и сроки, предусмотренные договором страхования - в порядке, предусмотренном п. 6.17 Правил страхования.

10.1.6. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

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 ранее даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, за исключением случая, указанного в п. 10.2.1 настоящих Правил.

Если договором страхования не предусмотрено иное, при досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, за исключением случаев, указанных в пп. 10.2.1, 10.2.2 настоящих Правил.

10.2.1. Страхователь - физическое лицо, имеет право отказаться от договора 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, при этом:

а) если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 10.2.1 настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

б) если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 10.2.1 настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования;

в) 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 соответствии с п. 10.2.1 настоящих Правил.

10.2.2. Если Страхователь - физическое лицо, отказался от договора страхования в иной срок, чем предусмотренный п. 10.2.1 настоящих Правил, при отсутствии в данном

периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования, а также понесённые Страховщиком расходы на ведение дела, согласно утвержденной Страховщиком структуре тарифной ставки.

10.2.3. Возврат страховой премии в случаях, указанных в пп. 10.2.1, 10.2.2 настоящих Правил, осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

10.2.4. Страховщик вправе предусмотреть более длительный срок, чем срок, указанный в п. 10.2.1. настоящих Правил.

10.2.5. Действие п.п. 10.2.1. – 10.2.3. настоящих Правил не распространяется на Страхователей – физических лиц, являющихся иностранными гражданами и (или) лицами без гражданства, находящимися на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

10.3. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор.

10.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению сторон. При расторжении договора страхования по соглашению сторон. Страховщик осуществляет возврат части полученной страховой премии за не истекший оплаченный период за вычетом понесенных расходов на ведение дела, если иное не предусмотрено договором страхования.

10.5. Во всех случаях прекращения договора страхования или прекращения страхования в отношении отдельных Застрахованных лиц Страхователь по требованию Страховщика обязан вернуть Страховщику индивидуальные страховые полисы пропуска в медицинские или иные организации, выданные Застрахованным лицам, в отношении которых прекращено страхование.

11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы (лимита ответственности), указанной в договоре страхования.

11.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

11.2.1. В медицинскую или иную организацию в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

Оплата медицинских услуг производится на основании счета и акта выполненных работ, выставленного Страховщику медицинской или иной организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам, счет-фактура.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования.

11.2.2. В форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг - только если это прямо предусмотрено договором страхования и Программой медицинского страхования.

11.3. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 11.2.2 Правил страхования Страхователь (Застрахованное лицо) должен в течение 30 (тридцати) дней со дня оказания медицинских и иных услуг, (если иной срок не предусмотрен договором страхования), предоставить Страховщику:

11.3.1. Оригинал заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая и заявления на страховую выплату по установленной Страховщиком форме.

11.3.2. Оригинал документа, оформленного в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (или его копию), подтверждающего факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений.

11.3.3. *Согласие Застрахованного лица в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»* любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять АО СК «РСХБ-Страхование», осуществляющему страхование по договору страхования, а также Сервисной компании по договору страхования, любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.) в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая.

11.3.4. Для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг - реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11.3.5. Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – оригиналы или копии рецептов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства.

11.3.6. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:

а) при оперативном лечении - оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе), оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

б) при амбулаторном лечении - оригиналы или копии документов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, оформленных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11.3.7. Для возмещения стоимости оплаченных иных услуг - оригиналы или копии документов, подтверждающих факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием ему иных услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленного в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11.3.8. Оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинских и иных услуг или приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные, контракты (договоры) с указанием их наименования, количества и стоимости).

11.3.9. Копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица, в т.ч. – документа, удостоверяющего личность (в т.ч., - общегражданского паспорта

Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства; если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо, дополнительно предоставляется копия общегражданского паспорта законного представителя Застрахованного лица, подававшего заявление от его имени, и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копии документов, подтверждающих право действовать в интересах Застрахованного лица).

11.4. Страховщик вправе сократить перечень документов, указанный в п. 11.3 Правил страхования.

11.5. В случае если имеются основания полагать, что обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами вызвано расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, обращение в связи с которыми не признаются страховыми случаями согласно договору страхования, а документы, предоставленные в соответствии с п.п. 11.2, 11.3 настоящих Правил страхования, не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами страховым случаем согласно договору страхования, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме запросить у компетентных органов (медицинских организаций, органов внутренних дел, прокуратуры и других органов) предприятий, учреждений, организаций, в том числе медицинских, располагающих информацией об обстоятельствах произошедших события, следующие документы:

- медицинские карты (первичная медицинская документация) амбулаторного или стационарного больного и/или выписки из медицинских карт (оригиналы или копии, заверенные главным врачом или заместителем главного врача и печатью медицинского учреждения) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, а также за 5 (пять) лет, предшествующих страховому случаю или вступлению договора страхования в силу, из всех медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо;

- документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

- документы управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации или его структурных подразделений, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;

- справку из специализированных лечебно-профилактических медицинских организаций и их подразделений (Центра профпатологии, клиник и отделов профзаболеваний, выполняющих их функции), имеющих соответствующую лицензию и сертификат о праве устанавливать диагноз профессионального заболевания;

- акт расследования профессионального заболевания по форме 362/У-86;

- справку учреждения медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медикосоциальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации, акт медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной Минтрудсоцзащиты Российской Федерации;

- справки из наркологических, туберкулезных, психиатрических, кожно-венерологических диспансеров;

- акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;

- акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;

- выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;

- протокол военно-врачебной комиссии;

- оригиналы и/или копии инструментальных, лабораторных методов исследований

(снимки, анализы, гистология);

- результаты профилактических, предварительных, периодических, предсменных, предрейсовых (послесменных, послерейсовых) и иных медицинских осмотров, результаты диспансеризации;

- справки о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет и диагноза);

- в территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и/или страховых компаниях, работающих в системе обязательного медицинского страхования - информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.

11.6. После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов и сведений (п.п. 11.2-11.4 Правил страхования) Страховщик:

11.6.1. По п. 11.2.1. Правил страхования - осуществляет страховую выплату в медицинскую и/или иную организацию в порядке и в сроки в соответствии с условиями договора между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

11.6.2. По п. 11.2.2 Правил страхования - рассматривает их в течение 30 (тридцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) с даты получения последнего из документов. В течение указанного срока Страховщик:

- если случай признан страховым - составляет страховой акт и производит страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу) наличными денежными средствами или безналичным платежом на указанные реквизиты в заявлении на страховую выплату;

- если случай не признан страховым, принято решение об отказе в осуществлении страховой выплаты или выявлены предусмотренные законом основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты - направляет письмом в адрес Страхователя (Застрахованного лица) обоснование принятого решения.

11.6.3. Днём страховой выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляются за счет средств получателя.

Выплата может быть произведена представителю лица, имеющего по настоящим Правилам страхования право на ее получение, по доверенности, оформленной в установленном порядке.

11.7. При страховании в рублевом эквиваленте иностранной валюты страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату наступления страхового случая, если иное не предусмотрено договором страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. При разрешении споров между Страхователем и Страховщиком стороны применяют обязательный претензионный досудебный порядок, если иное не предусмотрено законом.

12.2. Претензия должна содержать следующие реквизиты:

- наименование «претензия»;
- дата и место ее составления;
- суть требований и обстоятельства, имеющие отношение к событию, имеющему признаки страхового случая и явившиеся основанием для предъявления претензии;
- сумма претензии и порядок ее расчета;
- подпись представителя стороны, имеющей претензию к другой стороне, и документ, подтверждающий его полномочия.

К претензии должны быть приложены документы, подтверждающие обоснованность заявленных в претензии требований.

12.3. Письменная мотивированная претензия должна быть вручена уполномоченному представителю стороны лично или направлена по почте заказным письмом с описью вложения и уведомлением о вручении.

Претензии, направленные иным образом, к рассмотрению не принимаются.

12.4. Надлежащим образом врученная претензия должна быть рассмотрена в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты ее получения.

12.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, все споры, которые возникли между Страховщиком и Страхователем в связи с договором страхования и неразрешенные в досудебном порядке передаются:

- в Арбитражный суд г. Москвы - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель;

- в соответствии с действующим законодательством, если Страхователь (Выгодоприобретатель) - физическое лицо.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица.

ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Программа медицинского страхования «Поликлиника»

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Поликлиника» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

Форма оказания медицинской помощи (экстренная помощь и/или неотложная помощь и/или плановая помощь) указывается в Программе, прилагаемой к договору страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ - Страхование» при обращении Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами по поводу следующих заболеваний / состояний: острого заболевания, хронического заболевания и его обострения, травмы (в т.ч. ожог, отморожение), отравления могут быть предусмотрены следующие амбулаторно-поликлинические услуги¹:

1.1.1. Диагностические и лечебные, в том числе:

– консультации врачей специалистов по следующим специальностям:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Терапия | 15. Травматология |
| 2. Кардиология | 16. Проктология |
| 3. Гастроэнтерология | 17. Ангиология |
| 4. Пульмонология | 18. Гинекология |
| 5. Нефрология | 19. Онкология (первичная диагностика) |
| 6. Гематология | 20. Урология |
| 7. Эндокринология | 21. Офтальмология |
| 8. Аллергология (в стадии обострения) | 22. Отоларингология |
| 9. Ревматология | 23. Маммология |
| 10. Неврология | 24. Стоматология |
| 11. Иммунология | 25. Другие специалисты, в соответствии с номенклатурой специальностей. |
| 12. Инфекционные заболевания | |
| 13. Дерматология | |
| 14. Хирургия | |

¹ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ медицинского страхования.

- лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические и серологические, гистологические;
- инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД), эндоскопические исследования, УЗИ (в т.ч. УЗИ), рентгенологические исследования, в т.ч. маммография, флюорография, КТ, МРТ, спектрометрия, ПЭТ;
- радиоизотопные диагностические исследования;
- физиотерапевтическое лечение;
- массажа (классический лечебный), иглорефлексотерапия (классическая), мануальная терапия, ЛФК;
- стоматологическое лечение: терапевтическое лечение с использованием свето- и химиотверждаемых композитных материалов; хирургическое лечение; рентгеновская и радиовизиографическая диагностика; местная анестезия; удаление зубного камня (однократно ручным или УЗИ методом); покрытие зубов фторсодержащим лаком однократно при гиперестезии эмали; физиотерапевтическое лечение; терапевтическое и хирургическое лечение заболеваний пародонта;
- оказание медицинской помощи на дому.

1.1.2. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.1.3. Выдача медицинской документации (выписки, справки, рецепты, за исключением льготных).

1.1.4. Стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар), при наличии в программе стационарной помощи.

1.1.5. АО СК «РСХБ - Страхование» проводит организацию и оплату консультативно-диагностических мероприятий в НИИ и специализированных центрах, при наличии направления из лечебного учреждения, предоставляющего поликлиническое обслуживание, и согласования со Страховщиком.

1.1.6. Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

1.1.6.1. Диспансеризация в амбулаторно-поликлинических условиях.

1.1.6.2. Иммунопрофилактика.

1.1.6.3. Проведение предварительных медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.

1.1.6.4. Проведение периодических медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.

1.1.6.5. Проведение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.

1.1.6.6. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию.

1.1.6.7. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.1.6.8. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

1.1.6.9. Услуги по доставке медикаментов.

1.1.6.10. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

1.1.6.11. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.1.6.12. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

1.1.6.13. Услуги сиделки.

2. Программа медицинского страхования «Поликлиника комплексная»

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Поликлиника комплексная» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

Форма оказания медицинской помощи (экстренная помощь и/или неотложная помощь и/или плановая помощь) указывается в Программе, прилагаемой к договору страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ - Страхование» при обращении Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами по поводу следующих заболеваний / состояний: острого заболевания, хронического заболевания и его обострения, травмы (в т.ч. ожог, отморожение), отравления могут быть предусмотрены следующие амбулаторно-поликлинические услуги²:

1.1.1. Диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж, ЛФК;
- стоматологическое лечение;
- оказание медицинской помощи на дому;

1.1.2. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.1.3. Услуги экстренной и/или неотложной медицинской помощи, если медицинское учреждение располагает собственной службой скорой и неотложной медицинской помощи, и, если эти услуги входят в комплексный объем амбулаторно-поликлинических услуг.

1.1.4. Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

1.1.4.1. Диспансеризация в амбулаторно-поликлинических условиях.

1.1.4.2. Иммунопрофилактика.

1.1.4.3. Проведение предварительных медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.

1.1.4.4. Проведение периодических медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.

1.1.4.5. Проведение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.

1.1.4.6. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию.

1.1.4.7. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.1.4.8. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

6.1.1 Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

1.1.4.9. Услуги по доставке медикаментов.

1.1.4.10. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

1.1.4.11. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

² Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в рамках комплексного объема амбулаторно-поликлинических услуг медицинского учреждения.

1.1.4.12. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

1.1.4.13. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

1.1.4.14. Услуги сиделки.

3. Программа медицинского страхования «Специализированная стоматология»

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Специализированная стоматология» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

Форма оказания медицинской помощи (экстренная помощь и/или неотложная помощь и/или плановая помощь) указывается в Программе, прилагаемой к договору страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ - Страхование» предусмотрены следующие диагностические, лечебные услуги, в том числе:

Терапевтическая стоматология, в т.ч.:

- прием и консультация;
- лечение кариеса, лечение пульпита и периодонтита;
- терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта;
- хирургические методы лечения болезней тканей пародонта;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка (стоматит, гингивит).

Хирургическая стоматология, в т.ч.:

- прием и консультация;
- лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
- лечение повреждений челюстно-лицевой области;
- лечение заболеваний слюнных желез;
- лечение заболеваний нервов челюстно-лицевой области;
- удаление зубов;
- лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области.

Объем услуг: восстановление коронковой части зуба; протезирование 1(одного) зуба в результате несчастного случая (исключая металлокерамику и драгоценные металлы, при наличии документов, подтверждающих несчастный случай); физиотерапевтическое лечение; рентгеновская и радиовизиографическая диагностика; местная анестезия; удаление зубного камня по медицинским показаниям; покрытие зубов фторсодержащим лаком по медицинским показаниям.

1.2. Дополнительные услуги в рамках стоматологического обслуживания:

1.2.1. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.2.2. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

1.2.3. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.2.4. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

4. Программа медицинского страхования «Стационарная помощь»³

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Стационарная помощь» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

Форма оказания медицинской помощи (экстренная помощь и/или неотложная помощь и/или плановая помощь) указывается в Программе, прилагаемой к договору страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ - Страхование» при обращении Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами по поводу следующих заболеваний / состояний: острого заболевания, хронического заболевания и его обострения, травмы (в т.ч. ожог, отморожение), отравления предусмотрены следующие медицинские услуги⁴:

1.1.1. Услуги службы экстренной и/или неотложной медицинской помощи:

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

1.1.2. Услуги стационара:

- диагностические, лечебные, в том числе:
- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж, акупунктура, мануальная терапия, ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала;
- медицинские услуги дневного стационара, стационара одного дня и т.п.;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

1.1.3. Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

1.1.3.1. Питание.

1.1.3.2. Индивидуальный медицинский пост.

1.1.3.3. Услуги сиделки.

1.1.3.4. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

1.1.3.5. Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

1.1.4. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях.

1.1.5. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему

³ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному лицу стационарной помощи на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

⁴ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ медицинского страхования.

лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней Застрахованного лица.

1.1.3.6. Диспансеризация в условиях стационара, дневного стационара.

1.1.3.7. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.

1.1.3.8. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

1.1.3.9. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.1.3.10. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

1.1.3.11. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.1.3.12. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

5. Программа медицинского страхования «Экстренная стационарная помощь»⁵

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Экстренная стационарная помощь» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены / исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

По настоящей Программе скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному лицу в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного лица, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. Страховщик оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной экстренной госпитализации.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ-Страхование» при обращении Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами по поводу следующих заболеваний / состояний: острого заболевания, хронического заболевания и его обострения, травмы (в т.ч. ожог, отморожение), отравления предусмотрены следующие медицинские услуги⁶:

1.1.1. Услуги службы скорой и неотложной медицинской помощи:

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

1.1.2. Услуги стационара:

Диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж, акупунктура, мануальная терапия, ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате повышенной комфортности⁷, питание и уход медицинского персонала;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

1.1.3. Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

1.1.3.1. Питание.

1.1.3.2. Индивидуальный медицинский пост.

1.1.3.3. Услуги сиделки.

1.1.3.4. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания

⁵ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному лицу стационарной помощи на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

⁶ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ медицинского страхования

⁷ В соответствии с вариантом страхования, в случае экстренной госпитализации при их наличии с последующим переводом в палату указанной комфортности.

медицинской помощи.

1.1.3.5. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях.

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней Застрахованного лица.

1.1.3.6. Диспансеризация в условиях стационара, дневного стационара.

1.1.3.7. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.

1.1.3.8. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

1.1.3.9. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.1.3.10. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

1.1.3.11. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.1.3.12. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

6. Программа медицинского страхования «Скорая и неотложная медицинская помощь»

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

По настоящей Программе скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному лицу в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей программе АО СК «РСХБ-Страхование» при обращении Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами по поводу следующих заболеваний / состояний: острого заболевания, хронического заболевания и его обострения, травмы (в т.ч. ожог, отморожение), отравления предусмотрены следующие услуги экстренной и неотложной медицинской помощи⁸:

1.1. Выезд врачебной бригады в пределах районов и границ города, установленных службой скорой и неотложной медицинской помощи, включая комплекс экстренных лечебных манипуляций, необходимую экспресс-диагностику и медицинскую транспортировку в медицинское учреждение и при необходимости обратно.

1.2. Дополнительные услуги в рамках скорой и неотложной медицинской помощи:

1.2.1. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно.

1.2.2. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.2.3. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

1.2.4. Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

⁸ Указанные услуги оказываются в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ медицинского страхования.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 1-6

1. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений⁹:

1.1. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания).

1.2. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений.

1.3. Заболеваний, передающиеся половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений.

1.4. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения.

1.5. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

1.6. Туберкулеза.

1.7. Хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.

1.8. Муковисцидоза, псориаза, глубоких микозов.

1.9. Системных заболеваний соединительной ткани, в том числе воспалительных артритов и спондилопатий.

1.10. Нейродегенеративных и демиелинизирующих заболеваний нервной системы.

1.11. Острой и хронической лучевой болезни.

1.12. Профессиональных заболеваний.

1.13. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, ауто трансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации.

1.14. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, туляремия, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки.

1.15. Хронических гепатитов: С, D, E и др.

2. Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.

2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов, диспансеризация, вакцинация (кроме вакцинации детей в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и иммунопрофилактики гриппа по эпидемическим показаниям).

2.3. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок в бассейн, для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия и т.д., кроме случаев, предусмотренных программами добровольного медицинского страхования Страховщика.

2.4. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение (кроме случаев, предусмотренных договором страхования).

2.5. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения.

2.6. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), контагиозного моллюска.

2.7. Специфическая иммунизация с различными аллергенами.

2.8. Склеротерапия вен.

2.9. Хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.

2.10. Протезирование всех видов, в том числе зубопротезирование и подготовка к нему, включающая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб с косметической или профилактической целью, имплантация, косметология в стоматологии (отбеливание зубов, снятие

⁹ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-Х).

налетов, кроме случаев, разрешенных программой).

2.11. Ортодонтия.

2.12. Хирургическое лечение заболеваний пародонта: проведение пластических и лоскутных операций; запечатывание фиссур герметиком; использование термофилов, коффердама, паранульпарных и анкерных штифтов, восстановление коронковой части зуба разрушенной более 50%.

2.13. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цигул-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).

2.14. Реабилитация в любых медицинских учреждениях, кроме случаев, предусмотренных программами добровольного медицинского страхования; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

2.15. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку.

2.16. Экстракорпоральные методы лечения (лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр.), программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо-, гипербарическая оксигенация (кроме случаев лечения в реанимационных отделениях стационаров).

2.17. Услуги генетика, диетолога, логопеда.

2.18. Услуги, оказанные Застрахованному лицу после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг по программам «Экстренная стационарная помощь», «Экстренная и плановая стационарная помощь», связанных с лечением Застрахованного лица, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара.

2.19. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при отсутствии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи.

2.20. Ударно-волновая терапия.

2.21. Водолечение.

3. Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного лица, имеющего заболевание из числа указанных в п. 1 настоящего раздела, а также при первичном выявлении названных заболеваний, АО СК «РСХБ - Страхование» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

7. Программа медицинского страхования «Клещевой энцефалит – 1»

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Клещевой энцефалит – 1» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Проведение вакцинации (ревакцинации) от клещевого энцефалита по эпидемиологическим показаниям и в соответствии с утвержденной схемой введения вакцины, с предварительным медицинским осмотром Застрахованного лица:

В случае укуса клеща:

- консультация врача, удаление клеща в асептических условиях;
- исследование клеща на вирусность в течение первых суток после укуса (удаления);
- профилактическое введение профилактической дозы противэнцефалитического иммуноглобулина, согласно условиям серопротекции, но не позднее 72 часов с момента укуса.

В случае заболевания клещевым энцефалитом (болезнью Лайма, боррелиозом) наступившим в течение действия договора: стационарное лечение с медицинским обеспечением Застрахованного по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение/к Страховщику:

1. По истечении 72 часов с момента укуса клеща.
2. По поводу оплаты услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры.
3. По поводу заболевания клещевым энцефалитом после несвоевременной вакцинации (ревакцинации) и (или) иммунизации.
4. По поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.
5. По поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями.

8. Программа медицинского страхования «Клещевой энцефалит - 2»

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Клещевой энцефалит - 2» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

- консультация и организация медицинской помощи в случае укуса клеща или появления признаков заболевания;
- удаление клеща в асептических условиях;
- проведение экстренной профилактической иммунизации противоклещевым иммуноглобулином в соответствии с инструкцией в течение всего срока действия страхового полиса, при повторном укусе не раньше, чем через 6 недель после предыдущей иммунизации;
- при заболевании клещевым энцефалитом (болезнью Лайма, боррелиозом) - стационарное лечение с медицинским обеспечением Застрахованного лица по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованное лицо обратился:

- в учреждение не предусмотренное страховой программой и (или) в сроки, не предусмотренные Договором страхования и (или) не согласованные со Страховщиком;
- по поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями;
- по поводу заболевания клещевым энцефалитом при не проведенной, либо проведенной с нарушением инструкции, экстренной профилактической иммунизации противоклещевым иммуноглобулином;
- для проведения иммунизации спустя 72 часа с момента укуса клеща;
- обращение за медицинской помощью по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной в лечебном учреждении, не включенном в список ЛПУ, предусмотренных данной Программой;
- за медицинской помощью по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной с нарушением сроков (после 72 часов от момента укуса клеща);
- по поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования;
- по поводу оплаты услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры.

9. Программа медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»¹⁰

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ - Страхование» предоставляются следующие услуги¹¹: консервативное лечение по поводу заболевания, послужившего основанием для оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения:

1.1.1. Прием и консультации врачей-специалистов.

1.1.2. Лабораторно-диагностические исследования, в том числе:

- лабораторная диагностика;
- ультразвуковые исследования;
- функциональная диагностика;
- эндоскопические исследования;
- рентгенологические исследования.

1.1.3. Реабилитационно-восстановительное лечение, в том числе:

- физиотерапевтическое лечение (электро-, свето-, магнито-, теплотечение, лазеротерапия, водолечение, бальнеотерапия, грязелечение, баротерапия и др. не являющиеся исключениями из программы страхования);
- массаж, мануальная терапия, лечебная физкультура;
- лечение природными лечебными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, подводное вытяжение и др. не являющиеся исключениями из программы страхования);
- нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия, гирудотерапия, апитерапия, ароматерапия, су-джок-терапия, гомеопатическое лечение, точечный массаж, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, электропунктура и др. не являющиеся исключениями из программы страхования.);
- лечебное голодание, разгрузочно-диетическая терапия, диетолечение.

1.1.4. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.1.5. Пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала

1.1.6. Дополнительные услуги в рамках реабилитационно-восстановительного и санаторно-курортного лечения:

1.1.6.1. Питание.

1.1.6.2. Индивидуальный медицинский пост.

1.1.6.3. Услуги сиделки.

1.1.6.4. Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до

¹⁰ Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6

¹¹ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программы медицинского страхования.

места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

1.1.6.5. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в санаторно-курортных условиях.

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в санатории без лечения, питание. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней Застрахованного лица.

1.1.6.6. Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

1.1.6.7. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.1.6.8. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

1.1.6.9. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.1.6.10. Транспортировка, в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в санаторий и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

10. Программа медицинского страхования «Дородовое наблюдение беременных женщин»¹²

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Дородовое наблюдение беременных женщин» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ-Страхование» представляет следующие услуги: амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги в срок от 8 недель беременности, в том числе следующие диагностические, лечебные и профилактические, включая:

- консультации акушера-гинеколога;
- консультации специалистов;
- лабораторные исследования, в т.ч. исследование крови на резус-фактор, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, гемосиндром, клинический анализ крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, исследование крови на цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, анализ влагалищного отделяемого на флору, а также на хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз; определение уровней ХГЧ, АФП и ПАПП-А в крови с целью диагностики врожденной и наследственной патологии;
- инструментальные исследования: ультразвуковые исследования, доплерометрия, кардиомониторный контроль за состоянием плода и др.;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление медицинской документации (обменная карта, выписка из амбулаторной карты, справки, рецепты и т.д.).

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ-СТРАХОВАНИЕ» не предоставляются медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений¹³:

1.1. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания).

1.2. Врожденных и наследственных заболеваний, в т.ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений.

1.3. Венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений.

1.4. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения.

1.5. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

1.6. Сахарного диабета (1-го и 2-го типа) и его осложнений.

1.7. Туберкулеза.

1.8. Системных заболеваний соединительной ткани.

1.9. Хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.

1.10. Острой и хронической лучевой болезни.

1.11. Профессиональных заболеваний.

1.12. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, желтая и другие

¹² Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6

¹³ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-Х).

высококонтagioзные вирусные геморрагические лихорадки.

1.13. Хронических гепатитов: С, D, E и др.

1.14. Дополнительные услуги в рамках Программы:

1.14.1. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

1.14.2. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

1.14.3. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

2. По настоящей Программе АО СК «РСХБ - Страхование» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.

2.2. Прерывание беременности без медицинских показаний.

2.3. Медицинские услуги, связанные с патологией беременности.

2.4. Медицинские услуги при пороках сердца с недостаточностью кровообращения.

2.5. Медицинские услуги при заболеваниях почек (гломерулонефрите).

2.6. Медицинские услуги при наличии гнойно-септических очагов инфекции.

2.7. Медицинские услуги, не связанные с наблюдением беременности.

2.8. Расходы Застрахованного лица на приобретение лекарственных препаратов, медицинского оборудования, корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку.

2.9. Услуги, оказанные Застрахованному лицу после окончания срока действия договора страхования.

11. Программа медицинского страхования «Акушерская помощь»¹⁴

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Акушерская помощь» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. Госпитализация Застрахованной при начале родовых схваток, а также при экстренной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод или появлением кровяных выделений в т.ч.:

- пребывание в стационаре;
- хирургические вмешательства и манипуляции, связанные с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

2. Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется пациентам со следующими заболеваниями:

- венерические болезни (сифилис, гонорея и т.п.);
- гнойно-септические очаги инфекции и т.п.;
- пороки сердца с недостаточностью кровообращения и т.п.;
- гипертоническая болезнь II Б и III стадий;
- заболевания почек (гломерулонефрит) и т.п.;
- психические расстройства (эпилепсия, шизофрения) и т.п.;
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.;
- ВИЧ-инфекции и т.п.

3. Дополнительные услуги в рамках Программы:

3.1. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

3.2. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой.

3.3. Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой.

3.4. Услуги по доставке медикаментов.

¹⁴ Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6

12. Программа медицинского страхования «Медикаментозное лечение»¹⁵

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Медикаментозное лечение» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей Программе АО СК «РСХБ-Страхование» предоставление Застрахованным лицам лекарственных препаратов, необходимых для проведения лечения, следующих клинико-фармацевтических групп:

- сердечно-сосудистые средства;
- диуретики и препараты с диуретическим эффектом;
- средства, применяемые в неврологии;
- анальгетики;
- противовоспалительные средства;
- антибиотики;
- противомикробные средства;
- противовирусные средства;
- противопротозойные средства;
- противопаразитные средства;
- противогрибковые средства;
- средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии;
- противоаллергические средства;
- бронхо-легочные средства;
- препараты половых гормонов и препараты – антагонисты половых гормонов;
- анаболические стероиды, гормоны гипофиза и их аналоги;
- кортикотропные, гонадотропные и препараты, влияющие на продукцию гормонов;
- средства, влияющие на различные виды обмена;
- средства для лечения заболеваний щитовидной железы;
- средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз;
- витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения;
- средства, влияющие на иммунитет;
- препараты иммуноглобулинов;
- средства, влияющие на тонус и сократительную активность миометрия;
- средства, применяемые в гинекологии;
- средства, применяемые в оториноларингологии;
- средства, применяемые в стоматологии;
- средства, применяемые в офтальмологии;
- средства, применяемые в проктологии;
- средства, применяемые в урологии;
- средства для паружного применения;
- средства, применяемые в дерматологии;
- средства с дезинфицирующим и антисептическим действием;
- средства, применяемые в микропедиатрии и педиатрии.

¹⁵ Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6

В Программу не входит:

1. Медикаментозное лечение, связанное с протекающей беременностью при сроках свыше 8 недель.
2. Медикаментозное лечение с применением:
 - гомеопатических средств;
 - вакцин у детей (вне календарного плана) и взрослых с целью профилактических прививок;
 - питательных смесей и корректирующих добавок к питанию;
 - средств контрацепции всех видов;
 - средств для коррекции половой функции у мужчин;
 - средств диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;
 - изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными (кроме шприцов и перевязочного материала);
 - косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст;
 - средств медицинской реабилитации.
3. Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача учреждения здравоохранения, предусмотренного договором страхования.
4. Медикаментозное лечение, которое будет использоваться при лечении Застрахованного лица в стационаре.

13. Программа медицинского страхования «Профилактика и лечение инфекционных заболеваний»¹⁶

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Профилактика и лечение инфекционных заболеваний» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей Программе АО СК «РСХБ-Страхование» Застрахованным лицам представляется:

1.1. Профилактическое лечение гриппа, гепатита, дифтерии, бешенства, полиомиелита, кори, краснухи, паротита, сибирской язвы, брюшного тифа, менингита, пневмонии и других заболеваний;

1.2. В случае неэффективности профилактических мероприятий, при инфекционном заболевании, от которого производились профилактические мероприятия или лечение в медицинских учреждениях, в том числе стационарных.

1.3. Размещение Застрахованных лиц в обычных палатах или в палатах повышенной комфортности.

¹⁶ Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6

14. Программа медицинского страхования «Высокотехнологичная медицинская помощь»¹⁷

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара, стационара одного дня, а также услуг скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при одном или нескольких из перечисленных ниже состояниях и заболеваниях, впервые диагностированных у Застрахованного лица в период действия договора страхования, в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Современные медицинские технологии» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных настоящим разделом, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования:

- заболевания и состояния, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа;
- заболевания и состояния, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью;
- злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови;
- заболевания и состояния, требующие проведения трансплантации органов и тканей, эндопротезирование, кроме стоматологического протезирования;
- заболевания и состояния, требующие проведения кардиохирургических операций;
- гепатит В, С;
- заболевания и состояния, требующие оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи.

По согласованию между Страхователем и Страховщиком при условии применения дополнительных коэффициентов, перечень заболеваний и состояний может быть расширен или сокращен.

¹⁷ Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6

15. Программа медицинского страхования «Личный врач»¹⁸

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Личный врач» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Личный врач.

1.1.1. Услуги личного врача и среднего медицинского персонала медицинской компании, указанной в Приложении к договору страхования:

- консультации и другие профессиональные услуги, включая экспертизу временной нетрудоспособности;
- оказание медицинской помощи на дому в пределах административной границы населенного пункта в соответствии с графиком работы личного врача;
- возможность консультации с врачом по телефону;
- сопровождение по медицинским показаниям Застрахованного при проведении обследований и консультаций в медицинском учреждении;
- посещение, при необходимости, Застрахованного в стационаре и контроль за ходом стационарного лечения;
- снятие ЭКГ на дому (по месту работы) по медицинским показаниям; расшифровка ЭКГ;
- выполнение назначений личного врача средним медицинским персоналом на дому (инъекции, банки и т.д.) по медицинским показаниям;
- забор материалов для анализов на дому по медицинским показаниям;
- посещение, при необходимости, Застрахованного Личным врачом на дому после выезда скорой и неотложной медицинской помощи, если выезд не закончился госпитализацией;
- организация необходимых амбулаторно-поликлинических услуг (за исключением стоматологических) в медицинских учреждениях, указанных в Приложении к договору страхования.

1.2.2. Амбулаторно-поликлинические услуги:

1.2.2.1. Диагностические, лечебные и протезно-ортопедические, включая:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение;
- по одному курсу массажа, акупунктуры, мануальной терапии, ЛФК;

1.2.2.2. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.2.3. Перечень входящих в подпрограмму страхования услуг и кратность их предоставления согласовываются Страховщиком и Страхователем и указываются в договоре страхования.

1.2.4. Порядок оказания медицинских услуг осуществляется в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования и графиком работы базовых медицинских учреждений».

¹⁸ Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6

16. Программа медицинского страхования «Врач офиса»¹⁹

По Договору Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Программой медицинского страхования «Врач офисный» (далее – Программа), прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены/исключены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных разделом «Объем предоставляемых услуг», при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Врач офиса:

- динамическое наблюдение и лечение непосредственно на рабочем месте (на территории Страхователя);
- выявление факторов риска, снижения их влияния на здоровье Застрахованного лица;
- предоставление по медицинским показаниям диагностических, консультационных услуг и мероприятий;
- неотложная помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях с последующим направлением в медицинское учреждение амбулаторного или стационарного типа;
- организация экстренной и/или плановой госпитализации по медицинским показаниям в стационарные медицинские учреждения;
- оформление медицинской документации (справки, рецепты, направления);
- организация консультаций специалистов и инструментальных исследований в базовом медицинском учреждении (в соответствии с программой медицинского страхования) через диспетчерский пульта страховой компании или лечебного учреждения;
- вызов бригады скорой и неотложной медицинской помощи и организация экстренной госпитализации (согласно программе медицинского страхования Застрахованного лица), через медицинский пульта страховой компании или лечебного учреждения;
- анализ проведенной работы, составление отчетности;
- обеспечение медикаментами, пополнение их в случае необходимости и контроль за их расходом;
- посещение врачом офиса Застрахованного лица при лечении в стационаре и контроль за ходом лечения;
- оказание медицинских услуг Застрахованному лицу на дому (вызов врача на дом) когда тот по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача;
- предрейсовые осмотры водителей: (медицинский осмотр водителей перед выходом в рейс в объеме: сбор анамнеза; измерение температуры тела; измерение пульса и артериального давления; измерение содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе; ведение медицинской документации).

1.1.1. Перечень входящих в Программу страхования услуг и кратность их предоставления согласовываются Страховщиком и Страхователем и указываются в договоре страхования.

1.1.2. Порядок оказания медицинских услуг осуществляется в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования и графиком работы базовых медицинских учреждений».

¹⁹ Включается в договор страхования только как дополнение к Программам медицинского страхования 1-6