

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «МИРАН»**

**«УТВЕРЖДАЮ»
ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР
ООО СК «МИРАН»**


КУЗНЕЦОВ АЛЕКСЕЙ ИГОРЕВИЧ



Приказ № 32 от «20» июня 2025 г.

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Москва, 2025 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
2.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	7
3.	СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	7
4.	СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА.....	12
5.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ	13
6.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	17
7.	ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА	29
8.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	30
9.	СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ	32
10.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	36
	Приложение № 1. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ»	39
	Приложение № 2. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»	40
	Приложение № 3. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ПОМОЩЬ НА ДОМУ»	41
	Приложение № 4. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	42
	Приложение № 5. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	43
	Приложение № 6. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»	44
	Приложение № 7. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ»	45
	Приложение № 8. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ».....	46
	Приложение № 9. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ»	47
	Приложение № 10. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ЛИЧНЫЙ ВРАЧ»	48

Приложение № 11. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ОФИСНЫЙ ВРАЧ»	49
Приложение № 12. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «АНТИКЛЕЩ ПЛЮС»	50
Приложение № 13. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ С ПОМОЩЬЮ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ» («ТЕЛЕМЕДИЦИНА»)	52
Приложение № 14. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ИНОСТРАННЫЙ СТУДЕНТ»	53
Приложение № 15. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ИНОСТРАННЫЙ СТУДЕНТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ»	57
Приложение № 16. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»	58
Приложение № 17. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА»	59
Приложение № 18. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»	61
Приложение № 19. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЗА РУБЕЖОМ»	62
Приложение № 20. ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ»	70
Приложение № 21. <u>СВОДНАЯ ТАБЛИЦА БАЗОВЫХ ТАРИФНЫХ СТАВОК, КОЭФФИЦИЕНТОВ РИСКА И ПОПРАВОЧНЫХ КОЭФФИЦИЕНТОВ</u>	76

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее также – **Правила страхования**) определяют общие условия и порядок осуществления Страховщиком добровольного медицинского страхования.

1.2. **Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «МИРАН» (ООО СК «МИРАН»)** – на основании действующего законодательства Российской Федерации, лицензии, полученной в установленном действующим законодательством порядке, и с применением настоящих Правил страхования осуществляет добровольное медицинское страхование путем заключения со Страхователями договоров добровольного медицинского страхования¹ (далее также – **договоры страхования**).

1.3. По договору страхования одна сторона договора страхования (Страховщик) обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной договора страхования (Страхователем), произвести в порядке, предусмотренном договором страхования, страховую выплату в пределах определенной договором страхования суммы (страховой суммы, лимита ответственности, если он предусмотрен договором страхования) при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая) с Застрахованным лицом.

1.4. Настоящие Правила страхования разработаны с учетом положений законодательства Российской Федерации, в том числе, Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ), Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», других нормативных правовых актов Российской Федерации, а также нормативных документов органа страхового надзора и определяют общие условия и порядок заключения, исполнения и прекращения договоров страхования.

1.5. Организация взаимодействия и регулирование отношений между участниками договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил страхования, осуществляется в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации (утв. Банком России, протокол от 01.10.2024 № КФНП-29), Базовым стандартом совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 27.10.2022 № КФНП-39), Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

1.6. В случае изменения действующего законодательства Российской Федерации, нормативных документов органа страхового надзора и (или) саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации и иностранные страховые организации, регулирующих настоящие Правила страхования, Страховщик руководствуется в своей деятельности указанными изменениями в законодательстве Российской Федерации и нормативных документах органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации и иностранные страховые организации, до внесения изменений в настоящие Правила страхования или издания их в новой редакции. Настоящий документ действует в части, не противоречащей действующему законодательству Российской Федерации, нормативным документам органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации и иностранные страховые организации.

1.7. **Страхователь** – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы или дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, заключившее со Страховщиком договор страхования.

1.8. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, названное в договоре страхования, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен договор страхования.

¹ При заключении конкретного договора страхования название договора страхования также может указываться с учетом количества Застрахованных лиц по такому договору страхования: договор коллективного добровольного медицинского страхования / договор индивидуального добровольного медицинского страхования.

Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

1.9. **Выгодоприобретатель** – лицо в пользу которого заключен договор страхования, имеющий право на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица.

1.10. Страхование с применением настоящих Правил страхования осуществляется в индивидуальной или коллективной форме.

1.10.1. **Договор индивидуального страхования** (договор индивидуального добровольного медицинского страхования) – договор страхования, заключенный в отношении единственного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, являющихся членами одной семьи.

1.10.2. **Договор коллективного страхования** (договор коллективного добровольного медицинского страхования) – договор страхования, заключенный в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении договора страхования.

1.11. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.12. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами настоящие Правила страхования приложены к нему. Вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил страхования, в т.ч. может удостоверяться записью в договоре страхования.

1.13. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик, являющиеся сторонами договора страхования (также по тексту вместе именуемые **Стороны**, по отдельности – **Сторона**) могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе, приложений к настоящим Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 ГК РФ). Если приложение к настоящим Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.

1.14. Страховщик вправе присваивать маркетинговые наименования страховым продуктам или отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым с применением настоящих Правил страхования, а также формировать условия страхования для отдельного договора страхования или группы договоров страхования в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

1.15. В целях страхования на условиях, изложенных в настоящих Правилах страхования, используются следующие термины и определения:

1.15.1. **Иные услуги** – услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу по договору страхования и оплачиваемых Страховщиком, указывается в Программе(-ах) добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Программа ДМС), на условиях которой(-ых) заключается договор страхования.

1.15.2. **Ключевой информационный документ** (далее также – **КИД**) – документ, предоставляемый Страховщиком Страхователю – физическому лицу об условиях договора страхования в форме, установленной Банком России, по договорам страхования, заключаемым с 01.04.2023 и не связанным с осуществлением предпринимательской деятельности. Это краткая информация об условиях договора страхования – страховом покрытии и исключениях из него, сроках и сумме возврата страховой премии при досрочном расторжении договора страхования, досудебном урегулировании споров и иная информация.

1.15.3. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – ограничение максимальных размеров страховой выплаты в пределах страховой суммы, установленное настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования (в т.ч. в

Программе ДМС, на условиях которой заключен договор страхования) в денежном выражении и (или) в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских и иных услуг, койко-дней и т.п.).

Лимиты ответственности могут быть установлены по одному страховому случаю, по отдельным заболеваниям (состояниям), на отдельные медицинские и иные услуги, профилактические мероприятия или в отношении их различных комбинаций.

1.15.4. Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу по договору страхования и оплачиваемых Страховщиком, указывается в Программе(-ах) ДМС, на условиях которой(-ых) заключается договор страхования.

1.15.5. Под медицинскими и иными организациями в настоящих Правилах страхования понимаются:

1.15.5.1. юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее также – медицинские организации);

1.15.5.2. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);

1.15.5.3. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее также – сервисные компании (асисстанс-компании)).

1.15.6. Период охлаждения – период времени, начинающийся со дня заключения договора страхования, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования на условиях, изложенных в п.п. 6.21, 6.22.1, 6.23.3 настоящих Правил страхования.

Для договоров страхования, заключенных с применением настоящих Правил страхования, период охлаждения установлен продолжительностью:

а) 14 (четырнадцать) календарных дней – для всех договоров страхования, указанных в п. 6.21 настоящих Правил страхования, кроме договоров страхования, указанных в подпункте «б» настоящего пункта Правил страхования;

б) 30 (тридцать) календарных дней – для следующих договоров страхования:
– для договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа)² (см. п. 6.22.1 настоящих Правил страхования);

– для договора страхования, заключенного на основании заявления о предоставлении потребительского кредита (займа), заявления о предоставлении дополнительных услуг при предоставлении потребительского кредита (займа), а также в случаях, когда при предоставлении потребительского кредита (займа) обусловленный им договор страхования был заключен без вышеуказанных заявлений (см. п. 6.23.3 настоящих Правил страхования).

1.15.7. Получатель страховых услуг – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо,

² Договор страхования считается заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), если в зависимости от заключения Страхователем-заемщиком такого договора страхования кредитором предлагаются разные условия договора потребительского кредита (займа), в том числе в части срока возврата потребительского кредита (займа) и (или) полной стоимости потребительского кредита (займа), в части процентной ставки и иных платежей, включаемых в расчет полной стоимости потребительского кредита (займа), либо если Выгодоприобретателем по договору страхования является кредитор, получающий страховую выплату в случае невозможности исполнения заемщиком обязательств по договору потребительского кредита (займа), и страховая сумма по договору страхования подлежит пересчету соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа).

обратившееся к Страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и (или) Выгодоприобретатель по заключенному договору страхования

1.15.8. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** является неотъемлемой частью договора страхования и определяет объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, а также может содержать иные положения, предусмотренные настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования.

1.15.9. **Срок действия договора страхования** – период времени между установленными по соглашению Страховщика и Страхователя и указанными в договоре страхования двумя моментами: моментом начала и моментом окончания действия договора страхования.

1.15.10. **Срок страхования** в целях настоящих Правил страхования:

а) по договору индивидуального страхования – срок действия договора страхования;
б) по договору коллективного страхования – срок (период времени), в течение которого действует страхование в отношении конкретного Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования. Срок страхования в отношении Застрахованного лица не может выходить за границы начала и окончания срока действия договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страхования.

1.15.11. **Страховой продукт** – типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил страхования и предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора страхования) с определенной категорией Страхователей (Застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.15.12. **Страховой сертификат** – документ, выдаваемый Застрахованному лицу в подтверждение факта действия коллективного договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

1.16. В соответствии с условиями конкретного договора страхования при наступлении страхового случая медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования, могут быть оказаны Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств.

1.17. В целях организации и оказания медицинских и иных услуг, проведения профилактических мероприятий Застрахованному лицу Страховщик заключает с медицинскими и иными организациями договоры на организацию (оказание) медицинских и иных услуг.

1.18. В соответствии с настоящими Правилами страхования не допускается страхование противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование которых запрещено законом.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы 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.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

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

3.2. По настоящим Правилам страхования **страховым риском** является риск обращения Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинские или иные организации, из числа предусмотренных в договоре страхования или согласованных со Страховщиком, за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, при условии что организация и оказание таких медицинских и иных услуг и профилактических мероприятий предусмотрены Программой ДМС на условиях, которой заключен договор страхования.

3.3. По настоящим Правилам страхования **страховым случаем** с учетом всех положений, определений, исключений из страхования, предусмотренных настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинские или иные организации, из числа предусмотренных в договоре страхования или согласованных со Страховщиком, за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, при условии что организация и оказание таких медицинских и иных услуг и профилактических мероприятий предусмотрены Программой ДМС на условиях, которой заключен договор страхования.

3.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг, проведение профилактических мероприятий, предусмотренных Программой(-ами) ДМС, на условиях которой(-ых) заключен договор страхования, а также производит оплату таких услуг и профилактических мероприятий, оказанных:

3.4.1. до окончания срока действия договора страхования (до даты досрочного прекращения договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанного в п. 3.4.2 настоящих Правил страхования.

3.4.2. до даты окончания госпитализации Застрахованного лица в пределах законченного случая лечения – в случае если обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара произошло в течение срока действия договора страхования (т.е. дата начала госпитализации должна быть ранее даты окончания договора страхования), но на дату окончания срока действия договора страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания ему медицинских и иных услуг в условиях стационара.

3.5. Объем медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, оплачиваемых Страховщиком или оказание которых Страховщик организует и оплачивает по договору страхования, предусматривается в Программе(-ах) ДМС, указанной(-ых) в договоре страхования и являющейся (-ихся) его неотъемлемой частью.

3.5.1. Договор страхования по настоящим Правилам страхования может быть заключен на условиях Программ ДМС, приложенных к настоящим Правилам страхования (Приложения № № 1 – 20 настоящим Правилам страхования).

3.5.2. Договор страхования может быть заключен как по одной из Программ ДМС, предусмотренных в п. 3.5.1 настоящих Правил страхования, так и в любой их комбинации и совокупности, избегая дублирования медицинской помощи в Программах ДМС, при этом Страховщик при комбинации Программ ДМС вправе присваивать им определенные маркетинговые названия.

При заключении договора страхования в отношении двух и более Застрахованных лиц таким договором страхования для разных Застрахованных лиц могут быть предусмотрены разные Программы ДМС.

3.5.3. При заключении конкретного договора страхования Стороны могут договориться о исключении отдельных медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, предусмотренных Программами ДМС, из числа указанных в п. 3.5.1 настоящих Правил страхования, об исключении отдельных заболеваний (состояний), при которых

Страховщик оплачивает такие медицинские и иные услуги, а также об установлении (изменении) лимитов ответственности.

3.6. Не являются страховыми случаями и не влекут обязанность Страховщика произвести страховую выплату (**исключения из страхования**) – обращение Застрахованного лица:

3.6.1. за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий, не предусмотренных договором страхования, а также получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий в объемах, превышающих предусмотренные договором страхования;

3.6.2. за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий в медицинские и иные организации, не предусмотренные договором страхования, без предварительного письменного согласования со Страховщиком;

3.6.3. за оказанием медицинских и иных услуг, проведением профилактических мероприятий, произошедшее в период временной франшизы ((т.е. в течение определенного в договоре страхования периода времени с даты вступления такого договора страхования в силу или с другой даты, установленной таким договором страхования), если такой вид франшизы предусмотрен договором страхования);

3.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, не являются страховыми случаями и не влекут обязанность Страховщика произвести страховую выплату (**исключения из страхования**) – обращение Застрахованного лица:

3.7.1. за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений (членовредительством);

3.7.2. за оказанием медицинских и иных услуг в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

3.7.3. за оказанием медицинских и иных услуг, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, вызванного стихийными бедствиями;

3.7.4. за оказанием медицинских и иных услуг в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство;

3.7.5. за оказанием медицинских и иных услуг в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья Застрахованного лица при обращении с оружием;

3.7.6. за оказанием медицинских и иных услуг в связи с получением травматического повреждения или заболеванием, полученным в результате занятия Застрахованным лицом профессиональным спортом, включая соревнования и тренировки, или занятия Застрахованного лица следующими видами спорта/увлечениями на любом уровне: авто-, мотоспортом, конным спортом, воздушными видами спорта, включая парашютный спорт, подводными видами спорта (на глубинах более 40 (сорока) метров), а также занятий Застрахованного лица альпинизмом, спелеологией, боевыми единоборствами, боксом, стрельбой, сафари, паркур и т.д.;

3.7.7. за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий в связи с первичными и вторичными иммунодефицитами в т.ч. приобретенным иммунодефицитом (СПИД) или носительством вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а также связанными с ними осложнениями;

3.7.8. за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий в связи со следующими заболеваниями и связанными с ними осложнениями:

3.7.8.1. онкологических заболеваний, злокачественных заболеваний всех органов и систем;

3.7.8.2. доброкачественных новообразований любых локализаций, кроме требующих немедленного оперативного вмешательства при жизнеугрожающих ситуациях;

3.7.8.3. заболеваниями, связанными с врожденной и наследственной патологией, врожденными аномалиями;

3.7.8.4. системными заболеваниями соединительной ткани и ревматическими болезнями, демиелинизирующими заболеваниями нервной системы, васкулитами, эпилепсией и эпилептиформным синдром, детским церебральным параличом;

- 3.7.8.5. туберкулезом, саркоидозом, муковисцидозом;
 - 3.7.8.6. заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации и пластики, протезирования, в т.ч. эндопротезирования, имплантации, реконструктивных операций всех видов.
 - 3.7.8.7. заболеваниями опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие);
 - 3.7.8.8. лучевой болезнью;
 - 3.7.8.9. заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной или печеночной недостаточностью;
 - 3.7.8.10. сахарным диабетом инсулинозависимым, заболеваниями обмена веществ (в т.ч. подагрой, ожирением, остеопорозом);
 - 3.7.8.11. психическими заболеваниями и расстройствами поведения (в т.ч., логоневрозом, энурезом, депрессией и т.д.), алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, а также их последствиями, возникшими вследствие этих заболеваний (в т.ч., травмами, ожогами, интоксикациями);
 - 3.7.8.12. профессиональными заболеваниями;
 - 3.7.8.13. венерическими заболеваниями, заболеваниями, передающимися преимущественно половым путем;
 - 3.7.8.14. особо опасными инфекциями³, инфекционными заболеваниями, требующими госпитализации в специализированный стационар;
 - 3.7.8.15. хроническими вирусными гепатитами, гепатозами, циррозом печени;
 - 3.7.8.16. псориазом, экземой, нейродермитом, генерализованными микозами;
 - 3.7.8.17. аутоиммунными заболеваниями;
 - 3.7.8.18. хроническими формами клещевых инфекций.
- 3.8. Если иное не предусмотрено договором страхования (в т.ч. Программой ДМС с применением, которой заключен такой договор страхования) не является страховым случаем не и влекут обязанность Страховщика произвести страховую выплату (**исключения из страхования**) – обращение Застрахованного лица за организацией и получением следующих медицинских услуги иных услуг, а также за проведением профилактических мероприятий:
- 3.8.1. медицинские и иные услуги, не предписанные врачом, медицинские услуги, необходимость в получении которых возникла в результате невыполнения Застрахованным лицом ранее полученных предписаний врача, или в случае, если Застрахованное лицо нарушало определенный лечащим врачом больничный режим;
 - 3.8.2. динамическое наблюдение хронических заболеваний вне периода обострения таких заболеваний;
 - 3.8.3. динамический контроль показателей крови при приеме различных лекарственных препаратов вне периода обострения заболевания;
 - 3.8.4. ангиография;
 - 3.8.5. комплексное определение аллергологического и иммунного статусов, интерферонового статуса с чувствительностью к иммуномодуляторам, определение АГ и АТ к внешним и внутренним факторам, генетические исследования, а также исследование нарушений метаболизма, минерального обмена и маркеров резорбции костей, гипер- или гипо-витаминозов;
 - 3.8.6. офтальмологические заболевания (косоглазие, хориоретинальные дистрофии, атрофия зрительного нерва, амавроз, динамическое наблюдение при глаукоме), хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости, глаукомы, катаракты, использование аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, лазерокоагуляция;
 - 3.8.7. традиционные методы диагностики и лечения, в т.ч., пульсовая, акупунктурная, компьютерная, аурикулодиагностика, иридодиагностика, метод Фолля, энергоинформатика, гомеопатия, гирудотерапия, аутотренинг, гипноз, альфакапсула;
 - 3.8.8. медицинские услуги, связанные с репродуктивной функцией, сексуальными расстройствами, ведение беременности, прерывание беременности, роды, лечение бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции (в т.ч. введение и удаление ВМС);
 - 3.8.9. диагностика и лечение алопеции, акне;

³ Определяется согласно нормативному акту, принятому уполномоченным органом власти Российской Федерации, которым утвержден соответствующий перечень особо опасных инфекций.

3.8.10. экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмоферез и т.п.), внутрисуставная и внутривенная лазеротерапия, УФО крови, склеротерапия, баротерапия, озонотерапия, СИТ, лимфопресс, все виды пневмомассажа, ударно-волновая терапия, использование аппаратов квантовой и структурно-резонансной терапии, СО₂ лазера;

3.8.11. гипербарическая оксигенация, аутогемотерапия, PRP-терапия, использование аппаратно-программных комплексов в гинекологии, урологии, в т.ч. трансректальная, трансвагинальная лазеротерапия, оториноларингологии, лечение аппаратом «Тонзиллор».

3.8.12. пластические операции, косметические процедуры, удаление новообразований (в т.ч. папиллом, липом, моллюсков, мозолей, невусов, кондилом), коррекция веса тела;

3.8.13. лечение зубов, задействованных под опоры ортодонтических аппаратов и зубных протезов, протезирование в стоматологии, лечение осложнений, вызванных зубными протезами,

3.8.14. удаление ретинированных и дистопированных зубов;

3.8.15. замена пломб с косметической целью, восстановление зуба с использованием вкладок и виниров, лечение зуба при разрушении коронки более чем на 50 (пятьдесят)%, использование анкерных и парапульпарных штифтов;

3.8.16. лечение заболеваний пародонта;

3.8.17. ортодонтическое лечение;

3.8.18. лечение некариозных поражений зубов, использование термофилов;

3.8.19. снятие мягких зубных отложений, отбеливание, фторирование;

3.8.20. любые оздоровительные мероприятия, в т.ч., профилактический массаж, занятия на тренажерах, водные процедуры, посещение солярия, бани и сауны;

3.8.21. проведение реабилитации в условиях восстановительных центров и отделений, а также по путевкам в диспансерах, пансионатах, санаториях и других оздоровительных учреждениях; пребывание в стационаре по уходу за больным (кроме пребывания матери Застрахованного лица, возраст которого не более 5 (пяти) лет);

3.8.22. профилактические осмотры и диспансеризация (кроме детей по нормативам МЗ РФ), вакцинация (кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации, а также вакцинации детей в соответствии с национальным календарем);

3.8.23. медицинское обследование, проводимое с целью оформления посыльных листов в МСЭ (кроме первичного), санаторно-курортные карт, справок для ГИБДД, для поступления в дошкольные заведения, учебные заведения, для разрешения на хранение и ношение оружия, для посещения бассейна, для работы в торговых точках и иной аналогичной медицинской документации;

3.8.24. лекарственные препараты и расходные материалы, услуги по подгонке корректирующих медицинских устройств и приспособлений, если такие лекарственные препараты, расходные материалы или услуги по подгонке не были предоставлены Застрахованному лицу медицинской организацией, в которой Застрахованное лицо получал амбулаторное или стационарное лечение в рамках Программы ДМС, на условиях которой заключен договор страхования;

3.8.25. услуги, оказанные Застрахованному лицу в «стационаре одного дня»;

3.8.26. услуги, оказанные Застрахованному лицу под общей анестезией амбулаторно;

3.8.27. стационарзамещающие услуги: операции и манипуляции, требующие специальной подготовки и краткосрочного наблюдения;

3.8.28. предоперационная подготовка и обследование перед плановой госпитализацией при отсутствии в Программе ДМС, на условиях которой заключен договор страхования в отношении Застрахованного лица, плановой госпитализации;

3.8.29. медицинские услуги, связанные с плановой госпитализацией Застрахованного лица, в срок менее чем за 14 (четырнадцать) дней до окончания срока действия договора страхования в отношении такого Застрахованного лица.

3.9. Не является страховым случаем и не влекут обязанность Страховщика произвести страховую выплату (**исключения из страхования**):

3.9.1. обращение за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий, лица, не являющегося Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом

договора страхования и (или) иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

3.9.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг и (или) проведением профилактических мероприятий после окончания срока действия договора страхования, с учетом ограничения, предусмотренного в п. 3.4.2 настоящих Правил страхования.

3.10. По соглашению Сторон конкретным договором страхования могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхования;

3.11. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

3.11.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

3.12. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

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

Страховая сумма определяется по соглашению Сторон исходя из предполагаемого объема медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, предусмотренных Программой(-ами) ДМС, на условиях которой (-ых) заключается договор страхования.

4.2. По соглашению Сторон страховые суммы могут устанавливаться отдельно по каждой Программе ДМС или по совокупности Программ ДМС и на отдельные Программы ДМС, или в виде единой страховой суммы по всем Программам ДМС на условиях, которых заключается договор страхования.

При заключении договора страхования в отношении двух и более Застрахованных лиц страховая(-ые) сумма(-ы) по такому договору страхования устанавливаются отдельно для каждого Застрахованного лица.

4.3. Страховые суммы в договоре страхования устанавливаются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте.

По соглашению Сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте (далее также – «страхование в валютном эквиваленте»), при этом сумма определяется по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в договоре страхования.

4.4. Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате, при наступлении страхового случая, в пределах страховых(-ой) сумм(-ы), установленных(-ой) по договору страхования для соответствующего Застрахованного лица. При этом, если по договору страхования установлены лимиты ответственности, то Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате в пределах установленных лимитов ответственности.

4.5. Любые лимиты ответственности по договору страхования устанавливаются сверх сумм франшизы, которые не входят в сумму лимита возмещения Страховщика.

4.6. **Лимитом возмещения Страховщика** является установленный в договоре страхования предельный размер страховой выплаты, при достижении которого договор страхования (полностью либо в соответствующей части) прекращает свое действие, если действие договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами страхования и/или договором страхования.

4.7. Договоры страхования с применением настоящих Правил страхования заключаются с условием **агрегатного лимита возмещения Страховщика**.

Агрегатный лимит возмещения Страховщика – условие страхования, при котором страховая сумма является совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим в период действия страховой защиты.

Договор страхования с агрегатным лимитом возмещения Страховщика считается исполненным полностью либо в соответствующей части и, соответственно, полностью либо в соответствующей части прекращает свое действие с момента выплаты суммарного страхового возмещения в размере, эквивалентном размеру страховой суммы.

4.8. После страховой выплаты при наступлении страхового случая страховая сумма уменьшается на размер страховой выплаты.

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.

4.9. Только если это прямо предусмотрено договором страхования, в отношении отдельных рисков, Программ ДМС или отдельных услуг, включенных в Программу ДМС (при условии установления в их отношении в договоре страхования отдельных страховых сумм или лимитов ответственности) может быть применен **лимит возмещения Страховщика «по первому (иное количество) страховому случаю»** – условие договора страхования, при котором страховая сумма является лимитом возмещения Страховщика по одному (иному оговоренному количеству) страховому случаю (страховым случаям) за весь срок действия договора страхования (срок страхования).

Действие договора страхования с лимитом возмещения Страховщика «по первому (иное количество) страховому случаю» прекращается после наступления первого (последнего – при оговоренном количестве случаев) страхового случая⁴.

4.10. 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.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

4.11. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в договоре страхования установлена франшиза и указан ее размер, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

4.12. Франшиза действует по каждому страховому случаю. Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете страховой выплаты по каждому страховому случаю.

4.13. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы, в т.ч. временная франшиза.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Под **страховой премией** понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

5.2. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

⁴ Действие договора страхования прекращается со следующей минуты, наступившей после застрахованного события (например, если страховое событие имело место в 19 часов 53 минуты, то действие договора страхования заканчивается в 19 часов 54 минуты). При этом Страховщик продолжает нести обязательство по страховой выплате в отношении случая, наступившего в период его действия (в 19 часов 53 минуты), а страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

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

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

Страховой тариф определяется 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. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению Сторон.

5.4. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена единовременно или в рассрочку с указанием величины страховых взносов и сроков их уплаты наличными денежными средствами либо безналичным платежом. Порядок оплаты страховой премии устанавливается в договоре страхования.

5.5. При «страховании в валютном эквиваленте» страховая премия (страховые взносы при оплате в рассрочку) оплачивается в российских рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату платежа, если иной курс и (или) иная дата его определения не установлены в договоре страхования.

5.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, датой оплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

5.6.1. при безналичной уплате денежных средств:

– если Страхователем является физическое лицо – дата подтверждения исполнения распоряжения о переводе денежных средств (страховой премии (страхового взноса) по договору страхования) Страховщику в допустимой законодательством, регулирующим безналичные способы оплаты, форме и кредитной организацией, уполномоченной (имеющей право в соответствии с законодательством), принимать денежные средства физических лиц для последующего перечисления Страховщику;

– если Страхователем по договору страхования является юридическое лицо или индивидуальный предприниматель – дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.6.2. при уплате наличных денежных средств – дата внесения денежных средств в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

5.7. Если договором страхования не предусмотрено иное, при неоплате страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, предусмотренные в договоре страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные частично денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (составляется в свободной форме с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов, если возврат денежных средств будет производиться в безналичном порядке) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного письменного обращения Страхователя.

При этом если оплата производилась в рублях, в том числе, при «страховании в валютном эквиваленте», возврату подлежит оплаченная сумма в рублях.

5.8. Если договором страхования предусмотрена рассрочка уплаты страховой премии и на дату наступления страхового случая страховая премия оплачена не полностью, но при этом отсутствует просрочка по уплате очередных взносов, Страхователь по требованию Страховщика обязан в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты предъявления такого требования произвести оплату оставшейся неуплаченной части страховой премии.

5.9. При страховании на срок менее одного года страховой тариф определяется в следующем проценте от размера страхового тарифа на один год страхования (годового страхового тарифа):

Срок действия договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страхового тарифа в % от годового страхового тарифа										
25	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

При этом неполный месяц принимается за полный.

5.10. Страховой тариф при страховании на срок более одного года определяется как произведение страхового тарифа на один год страхования и количества лет, в течение которых действует страхование. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев (дней), то страховой тариф за указанные месяцы (дни) определяется пропорционально к страховому тарифу за год страхования.

5.11. Возврат страховой премии по договору страхования или ее части осуществляется в следующем порядке и размере:

5.11.1. В случае отказа Страхователя-физического лица 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, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в полном объеме (при отказе до начала действия страхования) или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при отказе после начала действия страхования) в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

5.11.2. В случае отказа Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии и независимо от момента начала страхования (вступления договора страхования в силу), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в полном объеме в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа).

5.11.3. В случае обращения Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), с заявлением к Страховщику о возврате уплаченной им страховой премии по договору страхования, заключенному в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по такому договору потребительского кредита (займа), при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя о возврате страховой премии в связи с полным досрочным исполнением Страхователем обязательств по договору потребительского кредита (займа), в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по которому был заключен договор страхования.

5.11.4. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, заключенного на основании заявления о предоставлении потребительского кредита (займа), заявления о предоставлении дополнительных услуг при предоставлении потребительского кредита (займа), а также в случаях, когда при предоставлении потребительского кредита (займа) обусловленный им договор страхования был заключен без вышеуказанных заявлений, в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору

Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в полном объеме (при отказе до начала действия страхования) или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при отказе после начала действия страхования), в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

5.11.5. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, не связанного с осуществлением предпринимательской деятельности, в случае непредоставления, предоставления Страховщиком неполной или недостоверной информации о договоре страхования, при условии отсутствия до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

5.11.6. В случае прекращения договора страхования до наступления срока, на который он был заключен, если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней со дня получения соответствующего письменного заявления Страхователя, если иной срок возврата не установлен договором страхования.

5.11.7. В случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при рассрочке уплаты страховой премии) возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, полученных в счет страховой премии (первого страхового взноса), производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.11.8. В случае уплаты Страхователем страхового взноса после расторжения договора страхования возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, уплаченных после даты прекращения договора страхования, производится за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иной порядок возврата не предусмотрен договором страхования.

5.11.9. В случае переплаты страховой премии по договору страхования возврат Страховщиком Страхователю суммы избыточно уплаченной Страхователем страховой премии производится в размере переплаты в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней со дня получения страховой премии, если иной срок возврата не предусмотрен договором страхования.

5.11.10. В случае признания договора страхования недействительным возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное.

5.11.11. В случае если договор страхования является незаключенным, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после выявления факта незаключения договора страхования.

5.11.12. В случаях досрочного прекращения договора страхования, в которых договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок страхования, отличных от случаев, указанных в п.п. 5.11.1 – 5.11.6 настоящих Правил страхования, возврат Страховщиком Страхователю части уплаченной Страхователем

страховой премии производится в объеме, рассчитанном в соответствии с положениями договора страхования / соглашения сторон, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после досрочного прекращения договора страхования, если иное не установлено договором страхования / соглашением сторон.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Заключая договор страхования с применением настоящих Правил страхования, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования (при обращении получателя страховой услуги с намерением заключить договор страхования) предоставил получателю страховой услуги (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в доступной форме полную информацию:

6.1.1. Об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы и (или) порядок определения размера страховой премии, страховой суммы, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

6.1.2. Об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

6.1.3. О применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

6.1.4. О наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или медицинского обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

6.1.5. О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

6.1.6. О наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

6.1.7. О сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

6.1.8. О порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

6.1.9. О праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

6.1.10. Об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или настоящих Правил страхования.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования.

6.2. До заключения договора страхования Страховщик обязан предоставить физическому лицу – получателю страховых услуг (потенциальному Страхователю), имеющему намерение заключить договор страхования, информацию о договоре страхования, в том числе об его условиях и рисках, связанных с его исполнением. Такая информация предоставляется в форме Ключевого информационного документа (п. 1.15.2 настоящих Правил страхования).

6.3. Договор страхования может быть заключен:

6.3.1. В виде электронного документа через официальный сайт Страховщика (www.miran-insurg.ru) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», мобильное приложение Страховщика (при наличии технической возможности) или иное специализированное программное обеспечение, предоставленное Страховщиком, сайт, мобильное приложение или иное специализированное программное обеспечение представителя Страховщика.

6.3.2. В стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

6.4. **Заключение договора страхования в электронной форме.**

6.4.1. Договор страхования в электронной форме заключается в соответствии со статьями 434 и 940 ГК РФ и статьей 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также статьями 6 и 7 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

6.4.2. Договор страхования в электронной форме заключается путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго пункта 1 статьи 160 ГК РФ либо в виде электронного страхового полиса, неотъемлемой частью которого являются настоящие Правила страхования, с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

6.4.3. Для заключения договора страхования в электронной форме (при наличии технической возможности) Страхователь подает Страховщику заявление на страхование через официальный сайт Страховщика www.miran-insurg.ru (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком) путем заполнения формы заявления на страхование.

Заявление на страхование может быть оформлено путем проставления соответствующих отметок (подтверждений) на электронной странице такого заявления, в том числе в рамках использования различных электронных платформ и/или систем (сервисов) обмена электронными документами.

6.4.4. При заключении договора страхования в электронной форме Страхователь на основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и/или анкеты на сайте Страховщика, предоставляет информацию и документы в соответствии с п. 6.13 настоящих Правил страхования (с учетом п. 6.10 настоящих Правил страхования) в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате «.pdf», «.jpg» и т.д.).

6.4.5. При заключении договора страхования в форме электронного документа договор страхования заключается без медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование.

6.4.6. Заявление на страхование, созданное и отправленное Страховщику через его официальный сайт (в электронной форме), подписанное в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем – индивидуальным предпринимателем – усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению Сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, при условии, что между Страховщиком и Страхователем при регистрации Страхователя в личном кабинете на официальном сайте Страховщика достигнуто соглашение об электронном взаимодействии.

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

6.4.8. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями, содержащимися в договоре страхования, в выбранных им Программах ДМС и настоящих Правилах страхования. Страхователю-физическому лицу информация предоставляется в форме Ключевого информационного документа в соответствии с п. 6.2 настоящих Правил страхования.

6.4.9. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил страхования и договора страхования, Страхователя-физического лица – с Ключевым информационным документом может подтверждаться в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

6.4.10. Оплата страховой премии Страхователем-физическим лицом в соответствии пунктом 4 статьи 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

6.4.11. Текст настоящих Правил страхования либо выписка из настоящих Правил страхования (полисные условия), сформированная на основе положений настоящих Правил страхования, относящихся к конкретному страховому продукту, и на основе которых заключен данный конкретный договор страхования, дополнительно включается в текст электронного договора страхования (страхового полиса).

6.4.12. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

6.5. Заключение договора страхования в стандартном порядке (на бумажном носителе).

6.5.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

6.5.2. По просьбе Страхователя и с его слов заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

6.5.3. В случае заполнения заявления на страхование в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

6.5.4. Заявление на страхование, если оно изложено в письменной форме, и документы, прилагаемые к нему, являются неотъемлемой частью договора страхования.

6.5.5. Для заключения договора страхования Страхователь с заявлением на страхование предоставляет информацию и документы, указанные в п. 6.13 настоящих Правил страхования, с учетом п. 6.10 настоящих Правил страхования.

6.5.6. Для принятия решения о заключении договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) сведений о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе заполнения соответствующих форм анкет, прохождения лицом, принимаемым на страхование, медицинского обследования.

6.5.7. При заключении договора страхования Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование (освидетельствование) для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование (освидетельствование) производится за счет средств Страхователя (лица, принимаемого на страхование).

О необходимости прохождения медицинского обследования (освидетельствования) Страховщик письменно уведомляет Страхователя (лицо, заявляемое на страхование) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением на страхование. С этой целью Страховщик выдает лицу, обратившемуся с заявлением на страхование, направление на освидетельствование такого лица с указанием даты, времени и места освидетельствования. Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с лицом, заявляемым на страхование.

Лицу, лично обратившемуся к Страховщику с заявлением на страхование, направление на освидетельствование выдается на руки, в получении которого лицо, обратившееся с заявлением на страхование, расписывается на втором экземпляре (копии) направления на освидетельствование или в письменном заявлении на страхование.

Лицу, обратившемуся с заявлением на страхование по почте РФ, электронной почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет», Страховщик направляет уведомление о проведении освидетельствования соответственно по почте РФ, электронной почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

По соглашению сторон данное условие может быть включено в договор страхования.

В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования (освидетельствования) для оценки страхового риска, договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) указанных требований.

6.5.8. В договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить Застрахованное лицо (участник определенного мероприятия, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.).

6.5.9. Договор страхования может заключаться путем:

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

— вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем документов, указанных в настоящем пункте Правил страхования.

6.6. Не включенные в текст договора страхования условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами настоящие Правила страхования изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

6.7. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица. При подписании договора страхования работником Страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом Страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа Страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

6.8. **Особенности заключения договора страхования с юридическими лицами.**

6.8.1. При заключении коллективных договоров страхования на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.8.2. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

6.8.3. Страховщик вправе запросить от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3 – 5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных

работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому страховому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.8.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи, при необходимости, страховых полисов (страховых сертификатов) на каждое Застрахованное лицо.

Страховой полис (страховой сертификат) выдается каждому Застрахованному лицу в течение 5 (пяти) рабочих дней после поступления страховой премии или ее первого страхового взноса на расчетный счет, в кассу Страховщика или передачи представителю (страховому агенту) Страховщика.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. К договору страхования прилагается список Застрахованных лиц, являющийся неотъемлемой его частью.

6.9. Особенности заключения договора страхования с физическими лицами.

6.9.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

6.9.2. До заключения договора страхования Страховщик предоставляет Страхователю-физическому лицу (потенциальному Страхователю) информацию в форме Ключевого информационного документа в соответствии с положениями п. 6.2 настоящих Правил страхования.

6.9.3. Договор страхования заключается в форме страхового полиса.

По соглашению сторон данное условие может быть изменено.

6.9.4. Страховщик вправе предлагать Страхователю (Застрахованному лицу) страховые полисы, разработанные на условиях договора страхования – оферты. Заключение указанного договора страхования – оферты и подтверждением принятия такого страхового полиса со стороны Страхователя (Застрахованного лица) считается уплата им в установленный срок страховой премии по договору страхования (страховому полису).

6.10. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе (форма письменного заявления на страхование), к которым относятся следующие сведения о потенциальном(-ых) Застрахованном(-ых) лице(-ах): возраст, пол, семейное положение, вес (в т.ч. сведения об изменении веса), индекс массы тела, рост, артериальное давление; сведения о состоянии здоровья (в т.ч. о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях, состояниях, сведения в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т.ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы), сведения о принимаемых лекарственных препаратах), а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т.ч. об установленных диагнозах, о рекомендованном лечении, о проведенных медицинских манипуляциях, о наличии случаев стационарного лечения, о проведенных профилактических мероприятиях, включая информацию о медицинских организациях, в которые обращалось потенциальное Застрахованное лицо); сведения о проживании в эндемичных зонах и (или) в тяжелых климатических условиях; сведения о профессиональной деятельности/роде занятий (в т.ч. о выполнении опасной работы, о наличии вредных производственных факторов); сведения об образе жизни (в том числе, сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии наркозависимости, о состоянии на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом диспансере); сведения о занятии спортом на различном уровне; сведения о наличии у родственников (родителей, братьев или сестер (полнородных и неполнородных)) заболеваний эндокринной системы, заболеваний сердца, гипертонической болезни, инсультов, онкологических заболеваний; сведения о наличии беременности (для женщин).

6.11. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 6.10 настоящих Правил страхования, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

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

6.12. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и (или) изменения условий страхования с учетом степени риска, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

Страховщик вправе при заключении договора страхования потребовать прохождения медицинского обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья. В случае если для заключения договора страхования необходимо проведение такого медицинского обследования Страховщик информирует об этом потенциального Страхователя при его обращении.

6.13. Для заключения договора страхования Страховщику должны быть предоставлены (в зависимости от того, что применимо):

6.13.1. заполненное заявление на страхование по установленной Страховщиком форме (кроме случаев, когда договор страхования заключается на основании устного заявления), а также приложения и дополнения к нему (в т.ч. по установленной Страховщиком форме), если они предусмотрены;

6.13.2. сведения о количестве потенциальных Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, места жительства, сведений о документах, удостоверяющих личность, сведения об условиях, на которых Страхователь просит заключить договор страхования (в т.ч. о страховых суммах, лимитах ответственности, франшизах, о сроке, на который заключается договор страхования, об объеме (перечне и видах) медицинских и иных услуг);

6.13.3. сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя, а также его представителей (персональные данные (фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.): документы, удостоверяющие личность – для физических лиц, в т.ч. зарегистрированных в качестве индивидуальных предпринимателей; документы о государственной регистрации или внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц – для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки), и учредительные документы – для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) – для индивидуальных предпринимателей;

6.13.4. документы, подтверждающие полномочия (для представителей), в частности, такими документами являются решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность;

6.13.5. карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц);

6.13.6. свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя);

6.13.7. документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение договора страхования (например, если договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица);

6.13.8. свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном

предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо);

6.13.9. согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

6.13.10. согласие Застрахованного лица (или его законного представителя) на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, в т.ч. на истребование медицинских документов;

6.13.11. сведения, необходимые для дальнейшего исполнения договора страхования (в частности, контактные данные Страхователя);

6.13.12. сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим сведения;

6.13.13. сведения и (или) документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т.ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма, экстремистской деятельности и финансированию распространения оружия массового уничтожения), в частности, сведения и (или) документы о финансовом положении, СНИЛС, сведения о наличии иностранного публичного должностного лица (предоставляются в т.ч. по установленной Страховщиком форме);

6.13.14. сведения о потенциальных Застрахованных лицах, необходимые для оценки страховых рисков, указанные в п. 6.10 настоящих Правил страхования (в зависимости от того, что применимо).

6.14. Указанные в п.п. 6.10, 6.13 настоящих Правил страхования перечни сведений и документов, необходимых для заключения договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и (или) сведений или принять взамен иные документы и (или) сведения, из числа предоставленных потенциальным Страхователем.

Форма предоставления указанных в п. 6.13 настоящих Правил страхования документов (в частности, оригиналы, копии (в т.ч. нотариально заверенные или заверенные уполномоченным представителем организации, выдавшей документ)) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении.

6.15. Согласие субъектов персональных данных на обработку персональных данных.

Страхователь, именуемый также далее «Субъект», в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие (далее по тексту – Согласие) Обществу с ограниченной ответственностью Страховой компании «МИРАН» (ООО СК «МИРАН») (далее – Оператор) (ОГРН _____, ИНН _____); адрес местонахождения: Российская Федерация, г. Москва, ул. Машкова, д. 9, стр. 1, помещ. 1/3, на обработку персональных данных в соответствии с целями, обозначенными в настоящем пункте Правил страхования.

Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством, а также документом Оператора, определяющим политику обработки персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на сайте Оператора по адресу: https://_____.pdf, Страхователь ознакомлен и согласен.

Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, гражданство, номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные, пол, семейное, социальное, имущественное положение, сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении, страна налогового резидентства, сведения об образовании, профессии, роде занятий, сведения, связанные с работой, данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации, уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС), сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период

страхования, страховая сумма и прочие сведения), данные миграционной карты, визы, идентификационный номер налогоплательщика, реквизиты банковского счета, данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования, сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных, сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, медицинских и иных организаций, из иных источников, а также иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности и (или) целесообразности заключения договоров страхования с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением, изменением и прекращением действия указанных договоров страхования, а также обновленные или дополненные персональные данные из любых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор наделен правом осуществлять обработку вышеуказанных персональных данных, в т.ч. сформированных в электронном виде на сайте Оператора, с помощью проставления отметок / введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре (договорах).

Страхователь разрешает Оператору и подтверждает Оператору наличие Согласия Застрахованного лица на передачу его персональных данных (и персональных данных Застрахованного лица) медицинским и иным организациям, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, в рамках добровольного медицинского страхования. Такая передача может быть осуществлена как в электронной форме, так и на материальных носителях (бумажных или электронных).

Настоящим Согласием Страхователь разрешает и подтверждает наличие Согласия Застрахованного лица медицинским и иным организациям передавать Оператору сведения о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках заключения или исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских и иных организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей заключения, исполнения и продления договоров добровольного медицинского страхования.

Страхователь разрешает Оператору передачу его персональных данных лицам, связанных с Оператором договорными отношениями (контрагентам), именуемым далее – партнеры, реестр которых опубликован в свободном доступе на сайте Оператора по адресу: _____, для обработки в следующих целях:

а) для заключения между Субъектом и Оператором договоров по поручению Партнеров, включая в себя обслуживание, пролонгацию и расторжение названных договоров, а также предоставление ими дополнительных услуг и продуктов;

б) для направления Субъекту предложений заключить договоры с Партнерами, выступающими в качестве исполнителей, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

в) для предложения Субъекту заключения с денежно-кредитными организациями договоров, в том числе предоставления ими дополнительных услуг и продуктов;

г) для маркетинговых и статистических исследований (в том числе опросов) и информирования Субъекта о продуктах и услугах Оператора и Партнеров, продвижения продуктов и услуг Оператора и Партнеров, на рынке, в т.ч. путем прямых контактов с потенциальными потребителями с помощью средств связи.

д) для обновления или дополнения персональных данных сведениями из открытых источников, в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Такая передача может быть осуществлена в т.ч. посредством электронной почты, специализированного программного обеспечения или на материальных носителях (бумажных

или электронных). Такая передача, по усмотрению Оператора, также может считаться поручением Партнеру по обработке персональных данных.

Персональные данные могут обрабатываться Оператором и Партнерами в том числе в целях рассмотрения вопроса возможности и целесообразности заключения договоров между Страхователем и Оператором и Партнерами, подготовки к их заключению, заключения, исполнения и прекращения их действия, в целях продвижения услуг Оператора и Партнеров, на рынке путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи, в целях обновления или дополнения персональных данных любыми сведениями из любых источников; в целях совершенствования процесса оказания услуг.

Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие автоматически продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора (при наличии технической возможности), личного кабинета на официальном сайте Оператора (при наличии технической возможности). В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

Страхователь подтверждает, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30.12.2004 № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Страхователю разъяснено, что при отзыве им согласия Оператор вправе продолжить обработку его персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством.

Страхователь также гарантирует наличие аналогичных согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору и партнерам Оператора, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения Страхователем договоров страхования с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров страхования. Страхователь обязуется по требованию Оператора в течение 1 (одного) рабочего дня предоставить Оператору вышеуказанные согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

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

6.16. В случае утери Страхователем договора страхования Страховщик на основании составленного в свободной форме письменного заявления Страхователя выдается дубликат документа. После передачи дубликата Страхователю утерянный экземпляр договора страхования считается недействительным, и выплата страхового возмещения по нему не производятся.

6.17. Стороны вправе вносить в договор страхования изменения, не противоречащие настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Изменения вносятся в форме и порядке, предусмотренными законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами страхования.

При этом Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) и оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий страхования.

6.18. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Сторон.

6.19. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала действия договора страхования при условии уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) в размере, срок и порядке, указанном в договоре страхования.

При этом конкретным договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления договора страхования в силу, в том числе независимо от момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

6.20. Договор страхования прекращается в случаях:

6.20.1. истечения срока действия, на который был заключен договор страхования – в 24 часа 00 минут дня даты, указанной в договоре страхования как день его окончания;

а также досрочно, в случаях:

6.20.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (осуществление страховой выплаты в полном размере страховой суммы, установленной в договоре страхования) – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования;

6.20.3. по соглашению Сторон – с 00 часов 00 минут дня указанного, как дата досрочного прекращения договора страхования. Возврат страховой премии или ее части (если Стороны пришли к соглашению о таком возврате) регламентируется соответствующим соглашением Сторон;

6.20.4. если после вступления договора страхования 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 страхования;

6.20.5. при неуплате Страхователем страховой премии (ее первого взноса) в размере и сроки, предусмотренные договором страхования, если уплата страховой премии или ее первого взноса согласно договору страхования должна быть произведена после вступления договора страхования в силу, – в 24 часа 00 минут последнего дня срока уплаты страховой премии (ее первого взноса) (если иное не определено в договоре страхования).

При этом Страховщик имеет право на часть неуплаченной Страхователем страховой премии за срок, в течение которого действовало страхование (за неоплаченный период страхования с даты начала страхования и до даты его прекращения в связи с неуплатой);

6.20.6. при неуплате Страхователем очередного (второго или последующего) страхового взноса в полном размере в установленный договором страхования срок. Действие договора страхования прекращается в 24 часа 00 минут последнего дня срока уплаты очередного страхового взноса, который не был оплачен.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередных страховых взносов;

6.20.7. при отказе Страхователя от договора страхования. 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 (в соответствии с п. 6.20.4 настоящих Правил страхования).

Дата заявления Страховщику требования об отказе от договора страхования определяется следующим образом:

– при направлении письменного заявления Страхователя об отказе по почте – в соответствии с почтовым штемпелем на конверте, проставленным при отправке корреспонденции в адрес Страховщика отделением почтовой связи ФГУП «Почта России» или согласно дате передачи Страхователем корреспонденции в адрес Страховщика посредством иных операторов почтовой связи;

– при передаче письменного заявления об отказе нарочно Страховщику – в соответствии с датой принятия заявления представителем Страховщика (при этом дата регистрации заявления не может быть позднее дня его фактического предъявления Страховщику);

Если договором страхования не предусмотрено иное, то при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, указанных в п.п. 6.21 – 6.23 настоящих Правил страхования.

6.20.8. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и договором страхования.

6.21. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора страхования.

В случае отказа Страхователя – физического лица (или законного наследника в случае смерти Страхователя – физического лица) от договора страхования в период охлаждения (п. 1.15.2 настоящих Правил страхования) – в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения:

6.21.1. Страховщик возвращает Страхователю (законному наследнику в случае смерти Страхователя – физического лица) уплаченную страховую премию в порядке, установленном настоящим пунктом Правил страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В случае если Страхователь или законный наследник в случае смерти Страхователя – физического лица отказался от договора страхования в срок, установленный п. 6.21 настоящих Правил страхования, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю (или законному наследнику Страхователя – физического лица) в полном объеме.

В случае если Страхователь или законный наследник в случае смерти Страхователя – физического лица отказался от договора страхования в срок, установленный п. 6.21 настоящих Правил страхования, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю или законному наследнику Страхователя – физического лица вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

6.21.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком от Страхователя или законного наследника в случае смерти Страхователя – физического лица письменного заявления об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с п. 6.21 настоящих Правил страхования.

6.21.3. Страховщик возвращает Страхователю или законному наследнику Страхователя – физического лица страховую премию по выбору Страхователя / законного наследника Страхователя – физического лица наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, в соответствии с п. 5.11.1 настоящих Правил страхования.

6.22. Особые условия отказа от договора страхования Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа).

6.22.1. При отказе Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в период охлаждения (п. 1.15.2 настоящих Правил страхования) – в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии и независимо от момента начала страхования (вступления договора страхования в силу), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, предусмотренного абзацем первым настоящего пункта Правил страхования.

Возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке

в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в соответствии с п. 5.11.2 настоящих Правил страхования.

6.22.2. При обращении Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), с заявлением к Страховщику о возврате уплаченной им страховой премии по договору страхования, заключенному в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по такому договору потребительского кредита (займа), при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие:

— с 00 часов 00 минут даты полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по договору потребительского кредита (займа), если договором страхования, заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), предусматривается пересчет страховой суммы соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа);

— с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о возврате страховой премии, если договором страхования, заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), пересчет страховой суммы соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа) не предусмотрен.

Возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя о возврате страховой премии в связи с полным досрочным исполнением Страхователем обязательств по договору потребительского кредита (займа), в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по которому был заключен договор страхования, в соответствии с п. 5.11.3 настоящих Правил страхования.

6.22.3. При отказе Страхователя-физического лица от договора страхования, заключенного на основании заявления о предоставлении потребительского кредита (займа), заявления о предоставлении дополнительных услуг при предоставлении потребительского кредита (займа), а также в случаях, когда при предоставлении потребительского кредита (займа) обусловленный им договор страхования был заключен без вышеуказанных заявлений, в период охлаждения (п. 1.15.2 настоящих Правил страхования) – в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме (при отказе до начала действия страхования) или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при отказе после начала действия страхования)

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, предусмотренного абзацем первым настоящего пункта Правил страхования.

Возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, в соответствии с п. 5.11.4 настоящих Правил страхования.

6.22.4. Если в период с начала действия договора страхования и до момента возврата страховой премии при условии, что возврат страховой премии Страхователю еще не осуществлен, Страховщик будет уведомлен о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, страховая премия не будет подлежать возврату Страхователю, а договор страхования не будет считаться прекратившим свое действие.

В случае если возврат страховой премии Страхователю уже осуществлен, но в период с начала действия договора страхования и до момента возврата страховой премии наступило событие, имеющее признаки страхового случая, о котором Страховщику на момент возврата страховой премии известно не было, действует п. 6.25 настоящих Правил страхования.

6.23. Особые условия отказа Страхователя-физического лица от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком Ключевого информационного документа, либо предоставления неполной или недостоверной информации в части его содержания.

Особые условия отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, изложенные в настоящем пункте Правил страхования, действуют только в отношении договоров страхования, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, заключаемых с 01.04.2023.

При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом Правил страхования производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, в соответствии с п. 5.11.5 настоящих Правил страхования.

6.24. Положения п.п. 6.21 – 6.23 настоящих Правил страхования применяются при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая. Пункты 6.21 – 6.23 настоящих Правил страхования не применяется в том числе если Страхователем (Выгодоприобретателем) реализовано право на обращение с заявлением о выплате страхового возмещения до момента отказа от договора страхования.

6.25. В случае если после возврата страховой премии Страховщику заявлен страховой случай, имевший место до прекращения такого договора страхования, Страховщик вправе требовать возврата полученной Страхователем в результате прекращения договора страхования страховой премии.

6.26. Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, прекращение (расторжение) договора страхования может быть совершено путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт Страховщика.

7. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

7.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо)) обязан незамедлительно, но не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщать Страховщику в письменной форме о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными изменениями во всяком случае признаются изменения в сведениях, указанных при заключении договора страхования из числа указанных в п. 6.10 настоящих Правил страхования, а также: изменение профессиональной деятельности Застрахованного лица, в связи с выполнением Застрахованным лицом опасной работы, появлением в профессиональной деятельности Застрахованного лица вредных производственных факторов; иные изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, оговоренные в конкретном договоре страхования.

7.2. После получения информации об увеличении страхового риска, указанной в п. 7.1 настоящих Правил страхования, Страховщик вправе потребовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно изменению степени риска или

изменения условий договора страхования. Дополнительная страховая премия рассчитывается по формуле:

$$Д = \frac{(В2 - В1) * n}{365},$$

где:

Д – дополнительная страховая премия;

В1 – страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент заключения договора страхования;

В2 – страховая премия за год, рассчитанная исходя из степени риска на момент изменения договора страхования;

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

7.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном главой 29 ГК РФ.

7.4. В случае не извещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно влияющих на увеличение степени риска в соответствии с п. 7.1 настоящих Правил страхования, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора страхования.

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и договоре страхования, по требованию Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования;

8.1.2. при наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа и освобождения в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке, установленные настоящими Правилами страхования и договором страхования;

8.1.3. без письменного согласия Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

8.1.4. предоставить Страхователю информацию о лицензии Страховщика, контактах (место нахождения, телефон/факс) и режиме работы структурного подразделения Страховщика и привлеченных Страховщиком сторонних организаций для оказания страховых услуг или сообщить информацию о сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», на котором размещается вышеуказанная информация;

8.1.5. выдать дубликат договора страхования Страхователю при его утрате по письменному заявлению последнего;

8.1.6. обеспечить контроль качества и объема предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий.

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. при заключении договора страхования проверять сообщенную Страхователем/Застрахованным лицом информацию, а также потребовать прохождения медицинского обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья;

8.2.2. потребовать изменений условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска, после уведомления Страховщика об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (п. 7.1 настоящих Правил страхования). Если Страхователь (Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо)) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с положениями, предусмотренными главой 29 ГК РФ.

При неисполнении Страхователем (Выгодоприобретателем) предусмотренной в п. 7.1 настоящих Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения

договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования в соответствии с п. 5 ст. 453 ГК РФ;

8.2.3. проверять выполнение Страхователем (Выгодоприобретателем) условий договора страхования и настоящих Правил страхования.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и порядке, предусмотренные договором страхования;

8.3.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска соответствии с п. 6.10 настоящих Правил страхования и предоставить сведения и документы, предусмотренные п. 6.13 настоящих Правил страхования (с учетом того, что применимо);

8.3.3. при изменении контактных данных, сообщенных Страховщику в соответствии с п. 6.13.11 настоящих Правил страхования, незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно или посредством почтовой связи;

8.3.4. в период действия договора страхования в порядке, предусмотренном в п. 7.1 настоящих Правил страхования сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования;

8.3.5. в случае, если Страхователь не является Застрахованным лицом, любым доступным способом довести до сведения Застрахованного лица информацию о договоре страхования и вручить ему карточку Застрахованного лица или иной документ, содержащий информацию о договоре страхования заключенном в отношении такого Застрахованного лица (если такой документ оформлялся), а также сообщить Застрахованному лицу сведения о Страховщике: реквизиты лицензии, подтверждающей право Страховщика осуществлять страхование, сведения режиме работы Страховщика, информацию о сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. обратиться к Страховщику за получением разъяснений положений, содержащихся в настоящих Правилах страхования и договоре страхования;

8.4.2. получить дубликат договора страхования в случае его утраты;

8.4.3. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру;

8.4.4. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику об изменении условий договора страхования.

8.5. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) обязан:

8.5.1. при заключении договора страхования по требованию Страховщика пройти медицинское обследование для оценки фактического состояния его здоровья в медицинской организации по выбору Страховщика или согласованной со Страховщиком;

8.5.2. соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией, в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские и иные услуги, проводятся профилактические мероприятия, предусмотренные договором страхования;

8.5.3. не передавать договор страхования, а также карточку Застрахованного лица или иной документ, содержащий информацию о договоре страхования заключенном в отношении такого Застрахованного лица, пропуск в медицинские организации (если такие документы оформлялись) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, предусмотренных договором страхования;

8.5.4. в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг, проведения профилактических мероприятий, предусмотренных Программой ДМС, на условиях которой заключен договор страхования, обратиться к Страховщику или в сервисную компанию, предусмотренную в договоре страхования (в случае если применимо) или непосредственно в медицинскую организацию, предусмотренную договором страхования, или согласованную со Страховщиком;

8.5.5. в случае, предусмотренном в п. 9.4 настоящих Правил страхования (если такой порядок страховой выплаты прямо предусмотрен договором страхования), в течение 30 (тридцати) дней со дня оказания ему таких медицинских и иных услуг, профилактических

мероприятий уведомить об этом Страховщика и предоставить документы, указанные в п. 9.4 настоящих Правил страхования.

8.6. Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) имеет право:

8.6.1. обратиться к Страховщику за получением разъяснений положений, содержащихся в настоящих Правилах страхования и договоре страхования;

8.6.2. при наступлении страхового случая требовать в счет страховой выплаты предоставления медицинских и иных услуг согласно п. 9.8 настоящих Правил страхования в соответствии с условиями договора страхования или осуществления страховой выплаты в порядке, предусмотренном п. 9.5 настоящих Правил страхования (если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования);

8.6.3. сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

8.7. Стороны, Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) имеют другие права и обязанности, предусмотренные иными разделами настоящих Правил страхования и действующим законодательством Российской Федерации. В договоре страхования Стороны могут предусмотреть иные права и обязанности, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации.

9. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

9.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, оказываемых (проводимых) Застрахованному лицу и оплачиваемых в соответствии с условиями договора страхования (в т.ч. Программой(-ами) ДМС, предусмотренных договором страхования).

9.2. Страховая выплаты осуществляется в пределах страховых(-ой) сумм(-ы), установленных (-ой) в договоре страхования для Застрахованного лица в соответствии с п. 4.2 настоящих Правил страхования, при этом:

9.2.1. если в договоре страхования для Застрахованного лица установлена единая страховая сумма по всем Программам ДМС, предусмотренным договором страхования для такого Застрахованного лица, то страховые выплаты по всем страховым случаям, произошедшим с таким Застрахованным лицом, не может превышать единой страховой суммы, установленной для такого Застрахованного лица;

9.2.2. если в договоре страхования для Застрахованного лица установлены отдельные страховые суммы для каждой из Программ ДМС, предусмотренных договором страхования для такого Застрахованного лица, то общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий оказанных (проведенных) Застрахованному лицу (т.е. общая сумма страховых выплат) в соответствии с определенной Программой ДМС, не может превышать страховую сумму по данной Программе ДМС, установленной для такого Застрахованного лица;

9.2.3. если в договоре страхования для Застрахованного лица установлены единая страховая для части Программ ДМС и отдельные страховые суммы по остальным Программам ДМС, предусмотренным договором страхования для такого Застрахованного лица, то общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, оказанных (проведенных) такому Застрахованному лицу (т.е. общая сумма страховых выплат), не может превышать:

а) единой страховой суммы, установленной для Программ ДМС в части оплаты тех медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, которые оказаны (проведены) Застрахованному лицу в соответствии Программами ДМС, для которых установлена такая единая страховая сумма;

б) отдельной страховой суммы по определенной Программе ДМС в части оплаты тех медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, которые оказаны (проведены) Застрахованному лицу в соответствии такой Программой ДМС.

9.3. Если договором страхования (в т.ч. Программой(-ами) ДМС, предусмотренной(-ыми) договором страхования) установлены лимиты ответственности, то страховая выплата осуществляется в пределах установленных лимитов ответственности и не может их превышать.

9.4. В случае, если конкретным договором страхования прямо предусмотрена самостоятельная оплата Застрахованным лицом медицинских и иных услуг,

профилактических мероприятий, предусмотренных Программой ДМС, на условиях которых заключен договор страхования, и последующее их возмещение Страховщиком, то Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо) для принятия решения Страховщиком об осуществлении страховой выплаты и ее размере или об отказе в страховой выплате должен документально подтвердить наличие события, обладающего признаками страхового случая, и размер затрат на оплату медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, оказанных ему в соответствии с договором страхования, в связи с чем, в течение 30 (тридцати) дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) со дня оказания медицинских и иных услуг, проведения профилактических мероприятий, предусмотренных договором страхования, предоставляет Страховщику письменное заявление на страховую выплату по форме, установленной Страховщиком, с приложением следующих документов:

9.4.1. документы, позволяющие идентифицировать Выгодоприобретателя (Застрахованного лица) – документ, удостоверяющий личность, а также документы, подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака);

9.4.2. документы, подтверждающие полномочия представителя Выгодоприобретателя (Застрахованного лица), если от имени Страхователя (Выгодоприобретателя) выступает представитель (наиболее распространенным в этой связи документом может быть доверенность представителя на право ведения дел в страховой организации), а также документ, удостоверяющий личность представителя;

9.4.3. согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия);

9.4.4. согласие на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, в т.ч. на истребование медицинских документов;

9.4.5. дополнительные документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (если применимо). Наиболее распространенными в этой связи документами могут быть свидетельство о праве на наследство (для наследника), справка от нотариуса в производстве которого находится наследственное дело, содержащая информацию о лицах, являющихся наследниками, с указанием всего круга всех наследников (для подтверждения статуса наследников);

9.4.6. документы, требования о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т.ч. налогового законодательства, нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);

9.4.7. документы, оформленные в соответствии с законодательством страны, в которой медицинские услуги, профилактические мероприятия были оказаны Застрахованному лицу, подтверждающие факт обращения Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами, профилактическими мероприятиями с указанием даты обращения, наименования медицинской и иной организации, в которую Застрахованное лицо обратилось, причины обращения (в т.ч. сведения о расстройстве здоровья или состоянии Застрахованного лица, потребовавшем оказания таких услуг), сведений о лабораторных, клинических и прочих исследованиях, проведенных Застрахованному лицу, и их результатах, диагноза, срока лечения, назначений (в т.ч. заключение врача, медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и (или) выписки из них, договоры на оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу, документы (в т.ч. заключение (рецепт)) о назначении Застрахованному лицу лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования медицинских изделий);

9.4.8. лицензия, сертификат или иной разрешительный документ, подтверждающий право медицинской организации (врача) или иной организации, которой Застрахованному лицу были оказаны медицинские и иные услуги, на осуществление медицинской деятельности или право организации, осуществляющей фармацевтическую деятельность, в которой Застрахованное лицо приобрело лекарственные препараты и (или) изделия медицинского назначения, на осуществление такой деятельности, если в соответствии с требованиями действующего законодательства для осуществления

медицинской или фармацевтической деятельности необходимо наличие такого разрешительного документа.

9.4.9. документы, оформленные в соответствии с законодательством страны, в которой медицинские услуги были оказаны Застрахованному лицу, содержащие информацию о событиях в результате или вследствие, которых наступило расстройство здоровья или состояние Застрахованного лица, повлекшее обращение за оказанием медицинских и иных услуг (в т.ч. документы из правоохранительных и иных компетентных органов и организаций, когда событие или его обстоятельства, в результате которых наступило расстройство здоровья Застрахованного лица зафиксированы или должны быть ими зафиксированы такими органами и организациями (например, если расстройство здоровья Застрахованного лица наступило в результате совершения им преступления, или вследствие народных волнений всякого рода, военных действий, дорожно-транспортного происшествия), акты химического-токсикологического исследования, акты медицинского освидетельствования и иные документы, содержащие информацию о наличии/отсутствии у Застрахованного лица алкогольного, наркотического или токсического опьянения, если обращение Застрахованного лица за медицинской помощью произошло в результате дорожно-транспортного происшествия);

9.4.10. документы, содержащие информацию об оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услугах, проведенных профилактических мероприятиях (с указанием наименования, количества, дат оказания и стоимости таких услуг), оформленные в соответствии с законодательством страны, в которой такие услуги и мероприятия были оказаны Застрахованному лицу;

9.4.11. документы, подтверждающие оплату оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, проведенных профилактических мероприятий, приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (в том числе платежные поручения, кассовые и товарные чеки).

9.5. Документы, указанные в п. 9.4 настоящих Правил страхования, должны предоставляться Страховщику (с учетом того, что применимо) в виде оригиналов и (или) в виде копий, заверенных надлежащим образом и с предоставлением по требованию Страховщика оригинала документа.

При этом на Выгодоприобретателя (Застрахованное лицо) возлагается обязанность предоставить построчный перевод документов, составленных на иностранном языке, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально заверенного перевода документа.

Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить перечень документов, указанных в настоящем разделе Правил страхования, а также принять иные документы (в т.ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

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

9.7. В случае, если Застрахованным лицом или его представителем не были указаны (предоставлены) банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения, но не более 60 (шестидесяти) дней.

9.8. Если по представленным документам установить факт наличия страхового случая или его отсутствия не представляется возможным, то Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, наличия обстоятельств для освобождения в страховой выплате вправе запросить сведения и (или) документы у компетентных органов и организаций (в т.ч. медицинских организаций, правоохранительных органов, органов

Роспотребнадзора, территориальном фонде обязательного медицинского страхования, учреждений, организаций, экспертных бюро, располагающих информацией об обстоятельствах произошедшего события), а также вправе самостоятельно выяснять обстоятельства и причины такого события.

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

9.10. В случаях проведения проверки и (или) экспертизы предъявленных к выплате заявления и (или) предусмотренных настоящими Правилами страхования или договором страхования документов на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, в случаях необходимости получения документов от других организаций, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным лицом медицинского обследования и (или) предоставления Застрахованным лицом документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного лица, срок принятия решения может быть увеличен до 90 (девяноста) рабочих дней. Об использовании права на продление срока принятия решения о страховой выплате Страховщик сообщает Застрахованному лицу.

9.11. Решение о страховой выплате в форме возмещения расходов, понесенных Застрахованным лицом в соответствии с условиями настоящих Правил страхования или договора страхования, или об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком, если иное не установлено договором страхования, в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного лица или его представителя документов, предусмотренных настоящими Правилами страхования или договором или Программой ДМС.

Срок принятия решения о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами страхования или договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящими Правилами страхования и (или) договором страхования), необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты.

9.11.1. День получения заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами страхования или договором страхования документов определяется датой, проставленной на конверте почтовым штемпелем при приеме корреспонденции в почтовом отделении или датой оформления почтовой квитанции (чека) об оплате отправки заказного письма с уведомлением или датой принятия заявления Страховщиком.

9.11.2. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, Страховщик должен установить требование о предоставлении документа, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа.

9.11.3. В случае, если Страховщик запросил оригиналы документов, в том числе в рамках первичного электронного документооборота, сроки принятия решения о страховой выплате, предусмотренные настоящими Правилами страхования, начинают исчисляться с момента получения последнего из соответствующих оригиналов документов.

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

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

9.14. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным законодательством РФ или договором и (или) Программой ДМС.

9.15. По договорам страхования, заключаемым в соответствии с настоящими Правилами страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий, предусмотренных Программой(-ами) ДМС, на условиях которых заключен договор страхования, и производит оплату таких услуг и профилактических мероприятий, кроме случаев, когда иное предусмотрено договором страхования в соответствии с п. 9.4 настоящих Правил страхования.

9.15.1. Организация и оказание медицинских и иных услуг, проведение профилактических мероприятий Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением медицинских и иных организаций (в т.ч. сервисных компаний) с последующей оплатой организованных и оказанных ими медицинских и иных услуг, проведенных профилактических мероприятий в соответствии с условиями договора, заключенного Страховщиком с соответствующей медицинской или иной организацией, на основании документов, предоставленных такими медицинскими и иными организациями: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

9.15.2. Медицинские и иные услуги, профилактические мероприятия, предусмотренные Программой ДМС, на условиях которой заключен договор страхования, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг и проведения профилактических мероприятий.

9.15.3. Страховщик принимает решение об оплате медицинским и иным организациям организованных и оказанных медицинских и иных услуг, проведенных профилактических мероприятий и производит их оплату или принимает решение о непризнании события страховым случаем, отказе в страховой выплате или освобождении от страховой выплаты в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с медицинскими и иными организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг, проведения профилактических мероприятий Застрахованному лицу.

9.16. В случае, предусмотренном в п. 9.4 настоящих Правил страхования, страховая выплата производится в денежной форме – в безналичном порядке или наличными деньгами через кассу Страховщика с учетом ограничений, установленных действующим законодательством.

В случае, предусмотренном в п. 9.15 настоящих Правил страхования, оплата организованных и оказанных медицинских и иных услуг, профилактических мероприятий производится непосредственно медицинским и иным организациям, которые организовали и оказали Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, профилактические мероприятия, в порядке и в сроки в соответствии с условиями договоров, заключенными между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры по договору страхования между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком разрешаются путем переговоров.

10.2. При недостижении соглашения по спорным вопросам (т.е. в случае полного или частичного отказа Стороны удовлетворить претензию либо неполучения ответа в тридцатидневный срок), их решение передается на рассмотрение судебных органов или иных уполномоченных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации органов порядка, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.3. При возникновении споров из договоров страхования, заключенных с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями в случае, если иного не определено договором страхования, споры рассматриваются Арбитражным судом г. Москвы.

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

10.5. В связи с тем, что Страховщик включен в Реестр финансовых организаций, обязанных организовать взаимодействие с уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, споры с участием Страховщика и потребителя финансовых услуг до момента обращения такого потребителя с иском в суд подлежат рассмотрению финансовым уполномоченным в порядке и сроки, определенные Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Закон № 123-ФЗ). Под потребителем финансовых услуг для целей урегулирования споров с участием финансового уполномоченного понимается получатель страховых услуг. В случае перехода к иному лицу права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации у указанного лица также возникают обязанности, предусмотренные Законом № 123-ФЗ.

1) Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер требований потребителя финансовых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей (за исключением обращений, не подлежащих рассмотрению финансовым уполномоченным) и, если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет. В случае, если размер требований потребителя финансовых услуг превышает 500 000 (пятьсот тысяч) рублей либо требования потребителя финансовых услуг касаются вопросов, связанных с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды (п. 9 ч. 1 ст. 19 Закона № 123-ФЗ), потребитель финансовых услуг вправе заявить указанные требования в судебном порядке без направления обращения финансовому уполномоченному.

2) Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

– если обращение не соответствует ч. 1 ст. 15 Закона № 123-ФЗ (сумма требований более 500 000 (Пятисот тысяч) рублей, Страховщик отсутствует в специальном реестре и др.);

– если потребитель финансовых услуг предварительно не обратился к Страховщику с заявлением в порядке, установленном ст. 16 Закона № 123-ФЗ (обязательное письменное обращение к Страховщику до направления обращения финансовому уполномоченному);

– если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же Сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;

– находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;

– по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же Сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;

– в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;

– по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;

– по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;

– по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

– направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;

– содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;

– текст которых не поддается прочтению. В случае наличия в суде, третейском суде дела по спору между теми же Сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям, который возник до направления обращения финансовому уполномоченному, Стороны обязаны уведомить финансового уполномоченного об этом в письменной или электронной форме.

3) До направления финансовому уполномоченному обращения потребитель финансовых услуг должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме. Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя финансовых услуг и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

— в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более 180 (ста восьмидесяти) календарных дней;

— в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя финансовых услуг в иных случаях. Ответ на заявление потребителя финансовых услуг направляется по адресу электронной почты потребителя финансовых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу. Потребитель финансовых услуг вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления потребителя финансовых услуг, указанных в части 3 настоящего пункта Правил страхования. Обращение направляется потребителем финансовых услуг лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя финансовых услуг к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя. Потребитель финансовых услуг вправе отозвать обращение до даты принятия финансовым уполномоченным решения по результатам рассмотрения спора. Обращение, которое отозвано потребителем финансовых услуг, не подлежит рассмотрению, а начатое рассмотрение подлежит прекращению не позднее рабочего дня, следующего за днем регистрации заявления об отзыве обращения. Копия заявления об отзыве обращения направляется Страховщику. Отзыв обращения потребителем финансовых услуг не лишает его права на направление повторного обращения финансовому уполномоченному по тем же основаниям. Более подробно порядок направления обращений потребителя финансовых услуг, требования к обращению, а также иные условия, связанные с направлением и рассмотрением обращения потребителя финансовых услуг финансовым уполномоченным, определяются положениями Закона № 123-ФЗ.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу в амбулаторных (поликлинических) условиях по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем амбулаторной медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;
2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
3. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
4. экспертиза временной нетрудоспособности; ведение медицинской документации, выдача листов трудоспособности медицинских справок, выписка рецептов (за исключением льготных);
5. для Застрахованных лиц в возрасте от 0 до 18 лет: медицинский патронаж, диспансерные медицинские осмотры, консультации врачей узких специалистов (в декретированные сроки, при остром заболевании и обострении хронического), вакцинация. Вакцинация проводится в объеме и в сроки, регламентированные национальным календарем профилактических прививок вакцинами импортного или отечественного производства по показаниям и назначению врача.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу стоматологической медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих терапевтическую, хирургическую и другие виды стоматологической помощи по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травм и других состояний, включая лечение и/или проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем стоматологической медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. первичные, повторные и консультативные приемы врачей-специалистов (стоматологов-терапевтов, стоматологов-хирургов, стоматологов-ортопедов, стоматологов-ортодонтотв);
2. анестезия;
3. терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение;
4. стоматологические физиотерапевтические процедуры;
5. диагностические исследования, включая рентгеновизиографию и компьютерную томографию.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ПОМОЩЬ НА ДОМУ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Помощь на дому» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: на дому, по месту работы Застрахованного лица или по месту временного нахождения.

Объем медицинской помощи на дому по настоящей Программе ДМС:

1. первичные и повторные осмотры врача терапевта (педиатра);
2. первичные и повторные осмотры врачей узких специалистов;
3. забор анализов на дому;
4. проведение медицинских манипуляций и процедур;
5. экспертиза временной нетрудоспособности; выписка рецептов (за исключением льготных).

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу скорой и неотложной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни или здоровью Застрахованного лица, экстренной и плановой медицинской транспортировки в медицинскую организацию и обратно, медицинского сопровождения Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям, в связи с острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травмой (в том числе ожогом, отморожением), отравлением и другими состояниями.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: на дому, по месту работы Застрахованного лица, по месту вызова бригады скорой помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем скорой и неотложной медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. выезд бригады скорой и неотложной помощи;
2. первичный осмотр больного;
3. проведение диагностических мероприятий;
4. проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния;
5. экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Стационарная медицинская помощь» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу экстренной и плановой медицинской помощи в условиях стационара по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение в стационаре профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях и включает экстренную и/или плановую стационарную медицинскую помощь.

Объем стационарной медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;
2. хирургическое и (или) консервативное лечение, профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;
4. медицинские манипуляции, процедуры;
5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
7. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом;
8. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Введение беременности в амбулаторных условиях» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу (застрахованной женщине) амбулаторной медицинской помощи в период беременности Застрахованного лица (застрахованной женщины), а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица (застрахованной женщины) угроз и (или) устраняющих их.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;
2. диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
3. физиотерапевтическое лечение;
4. экспертиза временной нетрудоспособности; ведение медицинской документации, выдача листов нетрудоспособности, обменной карты, выписка рецептов (за исключением льготных).

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«РОДОВСПОМОЖЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЖЕНЩИНАМИ
В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ»**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Родовспоможение и наблюдение за женщинами в послеродовом периоде» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление медицинской помощи Застрахованному лицу (застрахованной женщине) и проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица (застрахованной женщины) угроз и (или) устраняющих их, таких как акушерско-гинекологическая помощь при родах и в послеродовом периоде.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица (застрахованной женщины), по месту вызова бригады скорой помощи в том числе скорой специализированной медицинской помощи, включая перевозку транспортным средством и медицинское сопровождение при транспортировке.

Объем медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. Скорая и неотложная медицинская помощь: первичный осмотр больного; проведение диагностических мероприятий; проведение экстренных лечебных мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния
2. Экстренная медицинская транспортировка в медицинскую организацию и обратно, медицинское сопровождение Застрахованного лица (застрахованной женщины) при транспортировке, если это необходимо по медицинским показаниям.
3. Стационарная медицинская помощь:
 - 3.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования;
 - 3.2. родовспоможение хирургическое и (или) через естественные родовые пути; включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;
 - 3.3. консультации и услуги врачей в условиях стационара, в т.ч. личного;
 - 3.4. медицинские манипуляции, процедуры;
 - 3.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
 - 3.6. физиотерапевтическое лечение
 - 3.7. размещение Застрахованного лица (застрахованной женщины) в палате родового отделения, питание, уход медицинского персонала;
 - 3.8. размещение Застрахованного лица (застрахованной женщины) и новорожденного в послеродовом отделении, питание, уход медицинского персонала;
 - 3.9. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОСТАНОВИТЕЛЬНОЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ
САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ»**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное, в том числе санаторно-курортное лечение» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи с целью получения медицинской помощи в учреждениях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность в виде санаторно-курортного лечения, восстановительного лечения и медицинской реабилитации Застрахованных лиц, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. пребывание в медицинской организации, оказывающей реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение;
2. консервативное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по заболеванию, явившемуся причиной обращения за медицинской помощью;
3. обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу для лечения, назначенного врачом медицинской организации;
4. приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей и среднего медицинского персонала;
5. диагностические лабораторные и инструментальные методы;
6. физиотерапевтическое лечение, медицинский массаж, лечебная физкультура, рефлексотерапия, мануальная терапия;
7. лечебное питание;
8. уход, осуществляемый медицинским персоналом медицинской организации;
9. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ»**

Настоящая программа добровольного медицинского страхования «Лекарственное обеспечение и обеспечение изделиями медицинского назначения» (далее – Программа ДМС), являющаяся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), предусматривает лекарственную помощь для Застрахованного лица в виде частичной или полной компенсации ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщиком) затрат на приобретение в организациях, осуществляющих фармацевтическую деятельность, лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, указанной в договоре страхования.

Объем медицинской помощи по настоящей Программе ДМС: обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, очками, контактными линзами, слуховыми аппаратами; эндопротезами, искусственными водителями ритма сердца, транзиттерами, имплантатами, корригирующими медицинскими устройствами и приспособлениями и др.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ЛИЧНЫЙ ВРАЧ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Личный врач» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, медицинской амбулаторной помощи Застрахованному лицу, в том числе на дому и/или по месту работы, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях, на дому, по месту работы Застрахованного лица.

Объем медицинской помощи (терапевт/педиатр) по настоящей Программе ДМС:

1. наблюдение и лечение личным врачом медицинской организации в период острых и обострения хронических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях; связь с личным врачом по телефону;
2. лечебно-диагностическая помощь личного врача на дому или по месту нахождения Застрахованного лица с привлечением при необходимости консультантов;
3. организация и координация амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях с привлечением при необходимости консультантов, организации консилиумов;
4. организация и координация лечебно-консультативной и диагностической помощи врачей узких специалистов;
5. организация и проведение лабораторных и инструментальных методов диагностики по назначению личного врача;
6. проведение лечебных манипуляций и физиотерапевтических процедур;
7. ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни, рецепты, кроме льготных);
8. организация госпитализации по медицинским показаниям экстренная и/или плановая с подготовкой всех документов для госпитализации. Патронаж личного врача во время пребывания в стационаре;
9. контроль за процессом лечения, коррекция, при необходимости, плана дальнейших профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных процедур.
10. проведение активной диспансеризации в декретированные сроки для здоровых детей и в индивидуальные для больных;
11. проведение углублённой диспансеризации, по показаниям, перед поступлением в детское дошкольное учреждение и в школу;
12. организация и проведение иммуно- и вакцинопрофилактики в объеме и в сроки, регламентированные национальным календарем профилактических прививок вакцинами импортного или отечественного производства;
13. оформление медицинской документации (в том числе выдаваемой на руки родителям);
14. представление информационных услуг по организации медицинской помощи, а также связь с личным врачом по телефону (при необходимости круглосуточно).

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ОФИСНЫЙ ВРАЧ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Офисный врач» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление медицинской терапевтической амбулаторной помощи Застрахованным лицам (членам одного трудового коллектива и указанным в договоре страхования) закрепленным врачом терапевтом общей врачебной практики.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования по месту работы Застрахованного лица.

Объем медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. Наблюдение и лечение закрепленным врачом терапевтом (врачом общей врачебной практики) для организации лечения острых и обострения хронических заболеваний Застрахованного лица в амбулаторно-поликлинических условиях и/или непосредственно на рабочем месте;
2. Назначение лабораторных и инструментальных методов диагностики, лечения; анализ результатов исследования;
3. Лечебные манипуляции и физиотерапевтические процедуры;
4. Организация и координация лечебно-консультативной и диагностической помощи врачей-специалистов;
5. Ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни, справки в бассейн) и оформление санаторно-курортных карт;
6. Организация экстренной госпитализации.
7. Вызов бригады скорой медицинской помощи и организация медицинской перевозки при необходимости;
8. Составление индивидуальной программы лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;
9. Выписка рецептов, за исключением льготных.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «АНТИКЛЕЩ ПЛЮС»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Антиклещ плюс» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление амбулаторной и стационарной медицинской помощи Застрахованному лицу при укусе клеща (при нападении клеща), при заболевании клещевым энцефалитом (иксодовым клещевым боррелиозом / болезнью Лайма, эрлихиозом, анаплазмозом), при укусах собак, змей, а также проведение реабилитационных и профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования: непосредственно в медицинских организациях.

Объем медицинской помощи по настоящей Программе ДМС:

1. Амбулаторная медицинская помощь:

1.1. Осмотр врачом, проведение манипуляций по удалению клеща, обработке ран при укусах собаки или змеи;

1.2. Проведение лабораторной диагностики, в том числе: исследование клеща на зараженность возбудителями клещевого энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма), эрлихиоза, анаплазмоза;

1.2.1. При невозможности исследования клеща проведение лабораторно-диагностических исследований (анализ крови) на зараженность возбудителями клещевого энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма), эрлихиоза, анаплазмоза.

1.3. При положительных результатах лабораторно-диагностических исследований или при отсутствии возможности исследования клеща и проведения лабораторно-диагностических исследований (анализ крови):

1.3.1. В отношении заболевания клещевым энцефалитом: введение специфического противоклещевого иммуноглобулина, согласно условиям серопротекции, но не позднее 72 часов с момента укуса клеща. Применение других лекарственных средств в случае, если назначение иммуноглобулина противопоказано или с момента укуса прошло более 72 часов (по медицинским показаниям);

1.3.2. Проведение вакцинопрофилактики при укусах собаки или змеи;

1.3.3. Наблюдение врача-хирурга при необходимости проведения лечения и/или перевязок. Назначение антибактериальной терапии при необходимости;

1.3.4. В отношении иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма), эрлихиоза, анаплазмоза: назначение антибиотиков с учетом лекарственной переносимости и возраста Застрахованного лица (по медицинским показаниям).

1.3.5. Оформление медицинской документации: листка временной нетрудоспособности, рецептов (за исключением льготных), направления на госпитализацию, выписки из амбулаторной карты, справок и других медицинских документов, связанных с возникшим заболеванием, вследствие укуса (нападении) клеща, укуса собаки или змеи.

2. Стационарная медицинская помощь:

2.1. диагностические, лабораторные и инструментальные исследования в объеме медицинских стандартов по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации;

2.2. лечение и профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, включая пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия, использование операционной и послеоперационной палат;

2.3. консультации и услуги врачей в условиях стационара;

- 2.4. медицинские манипуляции, процедуры;
- 2.5. лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- 2.6. пребывание в палате, лечебное питание, уход, осуществляемый медицинским персоналом;
- 2.7. экспертиза временной нетрудоспособности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ С ПОМОЩЬЮ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ» («ТЕЛЕМЕДИЦИНА»)**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Медицинская помощь, оказываемая с помощью телемедицинских технологий» («Телемедицина») (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи с применением телемедицинских технологий по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления и других состояний, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, проведение которых является необходимым для эффективного лечения, восстановления и предотвращения рецидивов и предупреждения осложнений заболевания.

Медицинская помощь по настоящей Программе ДМС может оказываться медицинскими организациями в пределах территории, указанной в договоре страхования.

Объем медицинской помощи по настоящей Программе ДМС: консультативные приемы врачей (терапевта, педиатра, врача семейной медицины, врача общей практики и узких врачей-специалистов) с применением телемедицинских технологий по следующим вопросам:

- обсуждение и оценка состояния здоровья;
- принятие решения о необходимости очного приема;
- интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- определение способов лечения;
- рекомендации по профилактике заболеваний;
- разъяснения по ранее назначенному врачом лечению;
- рекомендации по подготовке к назначенным исследованиям и манипуляциям.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ИНОСТРАННЫЙ СТУДЕНТ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Иностранный студент» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление медицинских услуг Застрахованным лицам в случае их обращения за получением экстренной помощи (угрожающей жизни Застрахованного лица) при остром или обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении, в результате несчастных случаев.

I. Перечень медицинских услуг по настоящей Программе ДМС, оказываемых без согласования со Страховщиком.

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

Предусматривает оказание медицинских услуг непосредственно в лечебном учреждении и включает:

1.1. Первичные и повторные приемы врачей (за исключением к.м.н, д.м.н.) по специальностям: терапевт, хирург, офтальмолог, акушер-гинеколог, невролог, отоларинголог, гастроэнтеролог, уролог, дерматовенеролог, травматолога–ортопед,

1.2. Оформление и выдача необходимой медицинской документации (листочки временной нетрудоспособности, выписка из амбулаторных карт, медицинских справок, кроме: справок в ГИБДД, для посещения бассейна, ношения оружия, 086-У, санаторно-курортной карты).

1.3. ЭКГ (не более 2 (двух) раз за период действия страхового полиса);

1.4. Общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови (железо, печеночные пробы, сахар, щелочная фосфатаза, креатинин, мочевины, мочевины, мочевая кислота, В-липопротеиды, билирубин, холестерин – не более 5 показателей по одному страховому случаю);

1.5. Малые хирургические вмешательства по экстренным показаниям в объеме амбулаторной помощи;

1.6. Рентгенологическое исследование придаточных пазух носа, органов грудной клетки при острых инфекционных заболеваниях, костей – при травме (не более 2х раз за период страхования);

1.7. Ультразвуковые исследования органов брюшной полости и почек (не более 1 раза за период страхования);

1.8. Фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия (1 раз за период страхования).

II. Перечень медицинских услуг по настоящей Программе ДМС, оказываемых по согласованию со Страховщиком.

2. Оказывается строго по согласованию со Страховщиком (тел.: +7 (495) 646-21-09):

2.1. Первичные приемы физиотерапевта, эндокринолога, кардиолога, пульмонолога, ревматолога, инфекциониста и других специалистов, за исключением, указанных в п. 1.1 настоящей Программы ДМС;

2.2. Бактериологический мазок на флору в гинекологии;

2.3. ЭЭГ, ЭХО-КГ;

2.4. Ультразвуковое исследование органов малого таза;

2.5. Рентгенодиагностика свыше объема, перечисленного в п. 1.6 настоящей Программы ДМС;

2.6. Ультразвуковые исследования органов брюшной полости и почек свыше объема, перечисленного в п. 1.7 настоящей Программы ДМС;

2.7. Эндоскопические исследования органов пищеварения (свыше объема, перечисленного в п. 1.8 настоящей Программы ДМС) и дыхания;

2.8. Лечебные процедуры и манипуляции: общие манипуляции и процедуры (курсы подкожных, внутримышечных инъекции, внутривенных струйных вливаний – до 10 инъекций по одному страховому случаю, внутривенные капельные вливания – до 5-ти вливаний по

одному страховому случаю в условиях стационара одного дня (дневного стационара) для компенсации острого нарушения (состояния);

2.9. Восстановительное лечение:

физиотерапевтическое лечение: электро-, магнито-, звуко-, свето-, лазеро-, теплотечение, ингаляции (не более 10 процедур за период страхования), классический лечебный массаж (не более 10 сеансов за период страхования, на 1 сеанс не более одной анатомической области).

III. Исключения из настоящей Программы ДМС.

3.1. По настоящей Программе ДМС Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений после установления диагноза:

3.1.1. венерические заболевания; заболевания, передаваемые преимущественно половым путем (ЗППП), их осложнения и генерализованные формы; а также уреоплазмоз, урогенитальный микоплазмоз, гарднереллез, папилломовирусная и цитомегаловирусная инфекции; SARS – пневмония; болезнь, вызванная ВИЧ и бессимптомная ВИЧ-инфекция;

3.1.2. особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа; другие высококонтагиозные заболевания, в том числе желтая и другие геморрагические лихорадки;

3.1.3. профессиональные болезни, острая и хроническая лучевая болезнь;

3.1.4. психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, а также травмы и/или соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы;

3.1.5. онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения); все опухолевые заболевания нервной системы (невриномы, менингиомы и др.);

3.1.6. туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз;

3.1.7. врожденные и наследственные заболевания крови и кроветворных органов, врожденные аномалии развития органов, хромосомные нарушения; косметические дефекты;

3.1.8. демиелинизирующие заболевания нервной системы; эпилепсия и эписиндромы;

3.1.9. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

3.1.10. острые и хронические гепатиты (B, C, D, E, F, G);

3.1.11. системные заболевания соединительной ткани, в т.ч., системная красная волчанка, ревматоидный артрит, все недифференцированные коллагенозы;

3.1.12. нейросенсорная потеря слуха (кроме случаев осложнения инфекционных заболеваний);

3.1.13. сахарный диабет I и II типа;

3.1.14. хронические кожные заболевания, включая нейродермит, экзему, псориаз, микозы.

3.2. По настоящей Программе ДМС Страховщик не несет страховой ответственности при обращении Застрахованного лица за медицинской помощью в случае:

3.2.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в совершении действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

3.2.2. умышленного причинения Застрахованным лицам вреда своему здоровью, в т.ч. с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.2.3. получения травматического повреждения или развития острого патологического состояния в состоянии или вследствие заболеваний психической природы, алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или не имеющему права на управление транспортными средствами;

3.2.4. получения заболеваний и травм, вызванных воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, стихийных бедствий, военных действий (маневров или иных военных мероприятий), гражданской войны, народных волнений или забастовок.

3.3. По настоящей Программе ДМС Страховщик не оплачивает оказание медицинских услуг, перечисленных ниже:

- 3.3.1. любых медицинских услуг, проведенных без назначения врача и/или наличия медицинских показаний;
- 3.3.2. традиционную диагностику: акупунктурную, термпунктурную, электропунктурную, пульсовую, аурикулодиагностику, иридодиагностику; следующие методы традиционной терапии: фитотерапию и лечение другими средствами природного происхождения, гомеопатию, энергоинформатику, традиционные системы оздоровления, а также лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги, связанные с телемедициной;
- 3.3.3. экстракорпоральные методы лечения (в т.ч. ЛОК, УФОК, плазмферез), нормо- и гипербарическая оксигенация, лечебные манипуляции с применением внутривенных лазерных установок;
- 3.3.4. лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия или импотенции;
- 3.3.5. диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; дородовое наблюдение; прерывание беременности без медицинских показаний; лечение в отделении патологии беременности; получение медицинских услуг по планированию семьи;
- 3.3.6. медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты, 086-У и т.п.;
- 3.3.7. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, в том числе по поводу заболеваний кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы, кондиломы);
- 3.3.8. все виды хирургических операций (включая подготовку к ним), связанные с заболеваниями сердца и сосудов, вен нижних конечностей, кроме операций, проводимых в экстренных случаях по жизненным показаниям;
- 3.3.9. операции по пересадке органов и тканей. Исключение составляют операции по пересадке тканей, в случае, когда такие операции являются неотъемлемой частью лечебного процесса и необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия договора страхования;
- 3.3.10. любые профилактические и оздоровительные мероприятия: иммунопрофилактика (кроме столбнячного анатоксина при травмах), профилактический массаж, тренажеры, солярий, водные процедуры и т.п.;
- 3.3.11. пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода; реабилитация в условиях диспансеров, санаториев, профилакториев, восстановительных центров и других специализированных лечебных учреждений;
- 3.3.12. расходы на приобретение Застрахованным лицом лекарственных препаратов и перевязочных материалов; медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов ухода за больными, расходов на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений; не оплачивается Страховщиком стоимость трансплантатов, эндопротезов, протезов, имплантов и т.п.
- 3.3.13. медицинских услуг, связанных с подготовкой к плановой госпитализации, плановая стационарная помощь;
- 3.3.14. все виды массажа, кроме ручного лечебного классического (свыше 10 процедур за период страхования), групповые занятия ЛФК (свыше 10 процедур за период страхования), индивидуальные занятия ЛФК, колоногидротерапия, мануальная терапия, иглорефлексотерапия;
- 3.3.15. бактериологические, аллергологические, иммунологические, гормональные лабораторные исследования;
- 3.3.16. подбор и изготовление очков, контактных линз, хирургическое лечение дальнозоркости, близорукости, астигматизма;
- 3.3.17. рентгенография с использованием контрастных веществ (в т.ч. гистеросальпингография, внутривенная урография), маммография, МРТ;
- 3.3.18. прием врача-психиатра и психотерапевта;
- 3.3.19. холтеровское мониторирование и суточное мониторирование АД;
- 3.3.20. эндоскопические методы диагностики (кроме ЭГДС);

3.3.21. УЗИ молочных желез, УЗИДГ;

3.3.22. профилактические и косметические мероприятия в стоматологии; все виды протезирования и подготовка к нему; ортодонтия, имплантация зубов; удаление дистопированных, ретинированных зубов; хирургическое и консервативное лечение заболеваний пародонта и воспалительных заболеваний слизистой оболочки; восстановление (реставрация) коронковой части зуба более 50%; применение анкерных, парапульпарных и стекловолоконных штифтов, термофилов; лечение перикоронита;

3.3.23. медицинских услуг, связанных с обращением в медицинские учреждения по поводу хронических заболеваний вне стадии обострения;

3.3.24. медицинских услуг, не связанные с обращением в медицинские учреждения по поводу возникновения острого заболевания, обострения хронического заболевания, различных травм и отравления;

3.3.25. медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ИНОСТРАННЫЙ СТУДЕНТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ»**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Иностранный студент – диспансеризация» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу следующего объема медицинской помощи:

1. Осмотры врачей-специалистов: терапевт, невролог, хирург, оториноларинголог (ЛОР) офтальмолог.
2. Диагностические исследования:
 - 2.1. Общий анализ крови;
 - 2.2. Общий анализ мочи;
 - 2.3. Флюорография;
 - 2.4. анализы на ВИЧ, RW, гепатиты В и С.
3. Оформление и выдача заключения по форме справки 086/у.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Вакцинация» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу амбулаторно-поликлинических услуг по вакцинации от гриппа и прочих инфекций, с целью профилактики и снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ по настоящей Программе ДМС.

По настоящей Программе ДМС Страховщик организует и оплачивает следующие медицинские услуги:

1.1 консультация врача с проведением предвакцинального осмотра;

1.2 вакцинация от гриппа и прочих инфекций вакцинами российского и импортного производства.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ по настоящей Программе ДМС.

2.1 Для получения вышеназванных медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования, или к Страховщику.

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

2.3 Указанные услуги могут быть организованы в офисе Страхователя.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Медицинская транспортировка» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и/или оплачивает медико-транспортные услуги, такие как эвакуация⁵ или репатриация⁶ и иные услуги, предоставляемые Застрахованному лицу по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения Застрахованного лица.

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

Территория действия страхования – весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ по настоящей Программе ДМС.

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

1.1. медицинскую транспортировку в ближайшее медицинское учреждение⁷ (в том числе в страну проживания или страну происхождения Застрахованного лица⁸, в котором Застрахованному лицу может быть предоставлено необходимое стационарное лечение или лечение в дневном стационаре, если оно недоступно в месте его нахождения;

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

1.3. расходы на возвращение Застрахованного лица и сопровождающего его лица до места, из которого Застрахованное лицо было репатрировано или эвакуировано;

1.4. транспортировку детей Застрахованного лица младше 18 лет;

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

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

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

2. Порядок оказания медицинских услуг по настоящей Программе ДМС.

2.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой ДМС, Застрахованное лицо или/и его законный представитель должны обратиться к Страховщику, для согласования получаемых услуг.

Услуги, предусмотренные настоящей Программой ДМС, оказываются в режиме работы медицинского учреждения и регламентом работы служб скорой медицинской помощи и иных

⁵ Эвакуация – неотложная транспортировка Застрахованного лица по медицинским показаниям в ближайшее медицинское учреждение, имеющее соответствующие лицензию, оборудование и опыт для лечения пациента, независимо от его местонахождения в случае, если необходимая медицинская помощь недоступна в месте нахождения Застрахованного лица.

⁶ Репатриация – неотложная транспортировка Застрахованного лица по медицинским показаниям в страну его постоянного проживания для оказания соответствующей медицинской помощи в случае, если необходимое лечение недоступно в месте нахождения Застрахованного лица.

⁷ При эвакуации.

⁸ При репатриации.

служб, при наличии полиса добровольного медицинского страхования и документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица.

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

2.3. Для получения указанных в настоящей Программе услуг Застрахованное лицо может с предварительного согласия Страховщика, если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение и самостоятельно оплатить стоимость медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой ДМС медико-транспортных услуг.

Для осуществления Страховщиком страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного лица по оплате медико-транспортных услуг, Застрахованное лицо должно не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением к Страховщику следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– указывается перечень документов, которые Застрахованное лицо предоставляет для получения страховой выплаты.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДМС.

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

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

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

3.1.2.1. Застрахованное лицо подвергло себя опасности, войдя в известную ему зону конфликта, где происходили активные боевые действия или мятеж;

3.1.2.2. Застрахованное лицо было активным участником вышеуказанных действий;

3.1.2.3. Застрахованное лицо не приняло меры (при наличии такой возможности) по обеспечению личной безопасности.

3.2. Страховщик не оплачивает:

3.2.1. медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

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

3.3. Страховщик не организывает:

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

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

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Профилактика заболеваний» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу, в объеме, предусмотренном Программой ДМС, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных настоящей Программой ДМС, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

Объем предоставляемых услуг.

- Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей.
- Оформление медицинской документации.
- Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.
 - Инструментальные исследования: функциональная ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, исследования.
 - Процедуры, манипуляции и методы лечения:
 - Диагностические манипуляции диагностика, эндоскопические
 - Сбор медицинской информации, определение социально-бытовых условий и выявление факторов риска, влияющих на здоровье Застрахованного лица.
 - Проведение врачебной экспертизы состояния здоровья.
 - Иммунопрофилактика.
 - Профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами.
 - Проведение предварительных медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.
 - Проведение периодических медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.
 - Проведение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЗА РУБЕЖОМ»

1. Общие положения

В рамках настоящей программы добровольного медицинского страхования «Экстренная медицинская помощь за рубежом» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), при наступлении страхового случая ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает оказание Застрахованному лицу медицинских и/или иных услуг в объеме, предусмотренном настоящей Программой ДМС.

Медицинские и/или иные услуги оказываются Застрахованному лицу за пределами Российской Федерации строго по медицинским показаниям с соблюдением требований законодательства страны, в которой оказываются медицинские и/или иные услуги.

Страховым случаем по настоящей Программе ДМС является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования и в период ответственности Страховщика в медицинскую и/или иную организацию, из числа согласованных Страховщиком, для организации и оказания ему медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящей Программой ДМС, по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного лица в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного лица, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, иных состояний, требующих оказания медицинских и/или иных услуг в экстренной или неотложной форме, а также проведения профилактических мероприятий⁹, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их.

2. Объем медицинских и иных услуг, предоставляемых по настоящей Программе ДМС.

По настоящему разделу Программы ДМС Страховщик возмещает расходы, связанные с организацией и оказанием указанных в настоящем разделе медицинских и/или иных услуг:

2.1. Путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских и/или иных услуг непосредственно в медицинскую организацию или через сервисное учреждение (ассистанс) и/или иное аналогичное учреждение.

2.2. Непосредственно Застрахованному лицу, если его расходы были предварительно согласованы с сервисным учреждением (ассистансом) и/или Страховщиком, при представлении документов об осуществлении им соответствующих расходов, связанных со страховым случаем.

Возмещение расходов по медицинским и/или иным услугам непосредственно Застрахованному лицу производится только если это прямо предусмотрено договором страхования, либо страховая выплата в форме возмещения расходов согласована Страховщиком.

Порядок возмещения расходов в соответствии с п. 2.2 настоящей Программы ДМС определен разделе 5 настоящей Программы ДМС.

2.3. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

2.3.1. Первичные, повторные¹⁰ приемы, консультации врачей-специалистов.

2.3.2. Лабораторные и инструментальные исследования, диагностические манипуляции, необходимые для диагностики, определения/уточнения тактики лечения, включая тестирование на инфекционные и вирусные заболевания (в том числе на COVID-19) по назначению врача.

⁹ Профилактика инфекционных заболеваний.

¹⁰ В том числе в формате телемедицинской консультации при возможности медицинской организации.

2.3.3. Проведение лечебных манипуляций и процедур, включая оплату перевязочных средств фиксации (в т.ч. гипс).

2.3.4. Медикаментозное лечение по заболеванию/состоянию, которое явилось поводом к обращению, анестезиологические пособия с предоставлением лекарственных средств медицинской организацией.

2.3.5. Возмещение стоимости лекарственных средств, назначенных врачом.

2.4. **Стоматологическая помощь** (экстренная), обусловленная острым заболеванием зуба и/или окружающих зуб тканей или травмами, полученными в результате несчастного случая, в размере, не превышающем 200 у.е. на одно Застрахованное лицо в течение срока страхования по договору страхования:

2.4.1. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей следующих специальностей:

- врач-стоматолог;
- врач-стоматолог–ортопед (первичный прием, а также неограниченное число приемов в случае травмы челюстно-лицевой области в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования);

- врач-стоматолог-терапевт;

- врач-стоматолог-хирург.

2.4.2. Анестезия местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная);

2.4.3. Инструментальная диагностика: рентгенологическая (радиовизиография; ортопантограмма строго по показаниям), электроодонтдиагностика;

2.4.4. Терапевтическая и хирургическая стоматология.

2.5. **Скорая медицинская помощь** (на территории страхования):

2.5.1. Медицинская транспортировка:

а) с места происшествия или места нахождения Застрахованного лица (вне медицинской организации) к находящемуся в непосредственной близости врачу или в медицинскую организацию, в том числе, при невозможности самостоятельного передвижения Застрахованного лица;

б) из медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни Застрахованного лица, в другую медицинскую организацию;

в) из медицинской организации к месту проживания Застрахованного лица на территории страхования в случае, если такая транспортировка необходима по медицинским показаниям и требует привлечения санитарного транспорта;

г) до аэропорта/вокзала вылета/выезда на территории страхования в случае, если транспортировка Застрахованного лица невозможна в качестве обычного пассажира городского транспорта.

2.6. **Стационарная помощь (экстренная госпитализация¹¹):**

2.6.1. Пребывание с питанием в 2-3-х местной палате в стационаре.

2.6.2. Лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении и уход среднего и младшего медперсонала, консультации специалистов.

2.6.3. Лабораторные и инструментальные исследования, диагностические манипуляции, необходимые для диагностики, определения/уточнения (верификации) установленного диагноза, определения/уточнения тактики лечения по заболеванию, послужившему причиной госпитализации.

2.6.4. Консервативное лечение.

2.6.5. Оперативные вмешательства.

2.6.6. Пребывание, суточное наблюдение, уход и лечение в отделении интенсивной терапии, реанимации, реанимационные мероприятия.

¹¹ Экстренная госпитализация осуществляется при внезапных острых заболеваниях, состояниях, представляющих угрозу жизни пациенту, страхование по данному страховому случаю действует до тех пор, пока состояние здоровья Застрахованного, по заключению врача, не позволит произвести его возвращение к ПМЖ. При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в договоре страхования.

2.6.7. Медикаментозное лечение по заболеванию/состоянию, которое явилось поводом к госпитализации, анестезиологические пособия с предоставлением лекарственных средств медицинской организацией.

2.6.8. Возмещение стоимости лекарственных средств, назначенных врачом.

2.7. **Дополнительные (иные) услуги:**

2.7.1. Репатриация тела (останков) или урны с прахом¹² Застрахованного лица, смерть которого наступила вследствие острого заболевания, обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного лица, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, (включая груз «200»/«300»), до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ Застрахованного лица на территории Российской Федерации (организуются только сервисным учреждением (ассистансом)). Страховщик оплачивает услуги:

а. по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ Застрахованного лица на территории Российской Федерации. При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги;

б. по оформлению и приемке груза «200»/«300», включая оплату услуг таможенного декларанта, грузового терминала, вскрытие и утилизацию цинкового гроба;

в. репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного лица при условии согласования всех расходов по репатриации с сервисным учреждением (ассистансом).

3. Исключения из Программы ДМС.

3.1. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и/или иных услуг по событиям, которые не соответствуют определению страхового случая, а также связанных со следующими заболеваниями, состояниями и их осложнениями, за исключением случаев оказания медицинской помощи по спасению жизни Застрахованного лица или по проведению мер, направленных на устранение острой боли:

3.1.1. Заболевания, состояния или последствия несчастного случая, которые не требуют оказания экстренной или неотложной медицинской помощи и/или лечение которых может быть осуществлено по возвращению Застрахованного лица из иностранного государства на территорию Российской Федерации.

3.1.2. Заболевания или расстройства здоровья вследствие невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных лечащим врачом.

3.1.3. Кожные заболевания: грибковые, псориаз, дерматиты (в том числе аллергические), вросший ноготь, мозоли, а также солнечные ожоги и иные заболевания кожи и подкожной жировой клетчатки, связанные с воздействием солнечного излучения.

3.1.4. Заболевания, включенные в класс «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ E00-E90» Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.07.1997 № 170, (далее по тексту – МКБ-10), а также их последствия и осложнения.

3.1.5. Заболевания, включенные в блок «Обильные, частые и нерегулярные менструации, другие аномальные кровотечения из матки и влагалища, нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде N92» МКБ-10, и также нарушения овариально-менструального цикла.

3.1.6. Заболевания и состояния, требующего применения косметической или пластической хирургии.

3.1.7. Заболевания, включенные в класс «Психические расстройства и расстройства поведения F00-F99», и блоки «Демиелинизирующие болезни, болезни центральной нервной системы G35- G37» и «Эпизодические и пароксизмальные расстройства G40-G47» МКБ-10.

¹² По согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла, ближайшего к ПМЖ.

3.1.8. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; ВИЧ-инфекции, микозы, кандидозы, вирусные гепатиты (кроме гепатитов А и Е), инфекции, вызванные вирусом герпеса.

3.1.9. Травмы, полученной Застрахованным лицом при использовании мототехники (мотоциклы, водные мотоциклы, мопеды, мотороллеры, мотобайки, мотовездеходы, скутеры, квадроциклы, снегоходы, сегвей, картинг, рафтинг) вне зависимости от того, было ли Застрахованное лицо водителем или пассажиром.

3.1.10. Травмы, полученные во время поездки Застрахованного лица в транспортном средстве, управляемом лицом, не имеющим законного основания на управление транспортным средством соответствующей категории, либо находящимся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения любой степени тяжести.

3.1.11. Травмы, полученные при управлении Застрахованным лицом транспортным средством, если Застрахованное лицо не имело законного основания на управление транспортным средством соответствующей категории, прав на управление транспортным средством соответствующей категории, либо находящимся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения любой степени тяжести.

3.1.12. Травмы Застрахованного лица, полученные при полете на любом виде летательного аппарата (безмоторных, моторных планерах, парапланах, сверхлегких аппаратах и т.д.), управлении им.

3.1.13. Травмы, полученные во время занятий Застрахованным лицом любыми видами спорта и участия в тренировках и спортивных мероприятиях, участия в соревнованиях спортсменов на профессиональном или любительском уровне, а также занятий любым активным проведением отдыха.

3.1.14. Травмы, полученные во время занятий скалолазанием, альпинизмом, ледолазанием, хели-ски, парапланеризмом, парасейлингом, дайвингом.

3.1.15. Состояния, связанные с врожденными аномалиями (пороки развития); деформациями и хромосомными нарушениями; наследственные и генетические заболевания.

3.1.16. Травмы, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.1.17. Умышленное причинение Застрахованным лицом себе телесных повреждений; попытка самоубийства.

3.1.18. Беременность, кроме прерывания беременности (при наличии маточного кровотечения, внематочной беременности), преждевременных родов, в том числе и в результате несчастного случая, при условии, что на дату наступления заявленного события срок беременности составлял не более 32 (тридцати двух) недель беременности включительно. В любом случае Страховщик не возмещает расходы, возникшие в связи с наблюдением, лечением, транспортировкой, эвакуацией и репатриацией новорожденного ребенка Застрахованного лица.

3.1.19. Злокачественные и доброкачественные новообразования и их осложнения, злокачественные заболевания крови, все опухоли (доброкачественные или злокачественные) головного мозга.

4. Страховщик не организует и не оплачивает стоимость услуг:

4.1. По медицинской транспортировке из медицинской организации на территории страхования, в которой присутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи Застрахованному лицу, в другую медицинскую организацию, в том числе в медицинскую организацию на территории ПМЖ.

4.2. Которые по срокам выполнения могут быть оказаны после возвращения Застрахованного лица на территорию Российской Федерации.

4.3. Не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения, не назначенных врачом.

4.4. В целях проведения реабилитационных мероприятий, восстановительного лечения, долечивания, физиотерапии.

4.5. Связанных с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: палаты типа «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, увлажнитель, услуги парикмахера, массажиста, косметолога, переводчика.

4.6. В целях лечения и купирования судорожных состояний и их последствий, нервных и психических заболеваний, неврозов (панические атаки, депрессии, истерические синдромы и т.п.).

4.7. Связанных с ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного лица в течение лечения, которое Застрахованное лицо проходило до начала страхования, а также расходов в случае, если поездка за пределы Российской Федерации была противопоказана Застрахованному лицу по состоянию здоровья, и расходов, связанных с ухудшением состояния здоровья Застрахованного лица на фоне употребления лекарственных препаратов, назначенных Застрахованному лицу до начала поездки и для которых, согласно описанию производителя этого медицинского препарата, характерны наступившие побочные проявления, указанные производителем лекарственного средства в аннотации.

4.8. В целях проведения планового лечения, даже если указанные мероприятия связаны с произошедшим страховым случаем.

4.9. Оказываемых в косметических, оздоровительных и профилактических целях.

4.10. В целях лечения методами традиционной медицины; лечения, являющегося по характеру экспериментальным или исследовательским; диагностики и лечения с использованием авторских методов.

4.11. Осуществления любых диагностических и оперативных вмешательств на сердце и сосудах любой локализации, ангиопластики, коронарографии, стентирования, шунтирования, ангиографии, не согласованных предварительно со Страховщиком.

4.12. Артроскопического лечения; расходов на приобретение металлоконструкций для проведения операции остеосинтеза, не согласованных предварительно со Страховщиком.

4.13. Имплантация и реимплантация органов и тканей; протезирование, эндопротезирование (включая стоимость материалов для остеосинтеза), покупка средства медицинской техники.

4.14. Профилактические мероприятия, обследования, общие медицинские осмотры, любые виды вакцинации.

4.15. По репатриации тела/останков Застрахованного лица в случае его смерти, не согласованных со Страховщиком или сервисным учреждением (ассистансом).

4.16. По организации похорон и погребению.

4.17. Не предусмотренных настоящей Программой ДМС, не согласованных со Страховщиком/ сервисным учреждением (ассистансом).

4.18. Не согласованных со Страховщиком и (или) сервисным учреждением (ассистансом) по телефонам и в порядке, указанным в договоре страхования и (или) Правилах страхования, за исключением случаев добровольного признания Страховщиком достаточности сведений и обстоятельств для признания события страховым, но в любом случае в пределах 250 у.е.

5. Порядок возмещения расходов непосредственного Застрахованному лицу

5.1. В случае, если это специально предусмотрено договором страхования (п. 2.2 настоящей Программы ДМС), Страховщик возмещает расходы, связанные с организацией и оказанием указанных в настоящей Программе ДМС медицинских и/или иных услуг непосредственно Застрахованному лицу, расходы возмещаются если они были предварительно согласованы с сервисным учреждением (ассистансом) и/или Страховщиком, при представлении документов об осуществлении им соответствующих расходов, связанных со страховым случаем.

При этом расходы должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в п. 5.2 настоящей Программы ДМС, подтверждающих наличие страхового случая, соответствие оказанных медицинских и/или иных услуг по договору страхования и настоящей Программе ДМС, соответствие оказанных услуг нормативно-правовым актам страны получения медицинских и/или иных услуг при получении услуг за пределами Российской Федерации, и факт их оплаты.

5.2. Для осуществления выплаты в соответствии с настоящей Программой ДМС получатель возмещения расходов должен, если иной срок не предусмотрен договором страхования, в течение 30 (тридцати) дней со дня оказания медицинских и/или иных услуг предоставить Страховщику способом, предусмотренным договором страхования, оригиналы или надлежащим образом заверенные копии следующих документов:

а) заявление о страховой выплате со ссылкой на номер договора страхования (полиса), с подробным описанием хронологии событий и обстоятельств, повлекших за собой расходы личных средств на получение медицинских и/или иных услуг, содержащее в том числе идентифицирующие признаки заявителя: для физических лиц – фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, место регистрации;

б) документы, удостоверяющие личность обратившегося за страховой выплатой, содержащие сведения о фамилии, имени, отчестве обратившегося лица, его дате и месте рождения, гражданстве, месте регистрации;

в) документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица;

г) документ, подтверждающий полномочия законного представителя Застрахованного лица, не достигшего 18 лет (документ, удостоверяющий родство с Застрахованным лицом (свидетельство о рождении), документ, удостоверяющий статус опекуна (попечителя));

д) согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица, наследников (в случае смерти Застрахованного лица)) на осуществление возмещения расходов лицу, понесшему расходы за Застрахованное лицо, копию свидетельства о праве на наследство, если получателем возмещения расходов являются наследники Застрахованного лица;

е) заключение врача-специалиста с указанием диагноза;

ж) направление на лечение Застрахованного лица, выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного или иного документа, подтверждающего факт получения медицинских и/или иных услуг, рецепт лечащего врача;

з) результаты лабораторных, клинических, гистологических и прочих исследований, заверенные выдавшим медицинским учреждением;

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

к) реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости;

л) документы, подтверждающие факт оплаты медицинских и/или иных услуг: оригинал кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или равноценный документ, оплаченный счет с указанием медицинской или иной организации, перечня оказанных услуг, лекарственных средств и их стоимости, заверенные печатью медицинской и/или иной организации, с указанием ее наименования;

м) для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств/препаратов – рецепты, документы из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства/препараты, медицинское заключение о назначении Застрахованному лицу медицинских препаратов, документы, подтверждающие их покупку (чеки, квитанции и т.д.);

н) для возмещения стоимости оплаченных иных услуг, услуг по репатриации – свидетельства (справки) о смерти, выданного компетентными органами, документы, подтверждающих факт обращения представителя Застрахованного лица за оказанием Застрахованному лицу услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости;

о) банковские реквизиты получателя возмещения расходов.

Перечень предоставляемых документов может быть сокращен Страховщиком в зависимости от конкретного страхового случая.

5.3. Кроме вышеперечисленных документов предоставляются документы компетентных органов, свидетельствующие о произошедших событиях, на случай наступления которых осуществлялось страхование Застрахованного лица.

5.4. Документы должны быть составлены на русском языке, надлежащим образом оформлены и заверены. Документы на иностранном языке предоставляются вместе с переводом на русский язык, выполненным специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов, если иное не предусмотрено договором страхования. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает получатель страховой выплаты.

5.5. В случае предоставления копий документов, если предоставление копий согласовано Сторонами, получатель страховой выплаты по требованию Страховщика обязан

предоставить оригиналы таких документов (если оригиналы документов могут быть у заявителя в силу закона).

5.6. Во всех справках и выписках из медицинских организаций обязательно должен быть указан диагноз, полные фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, дата рождения или возраст Застрахованного лица, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинской организации. Копии медицинской документации (медицинских карт) должны быть заверены главным врачом или заместителем главного врача по лечебной работе или заместителем главного врача по клинико-экспертной работе или председателем врачебной комиссии или начальником медицинской части или другим уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинской организации.

Медицинские документы должны быть оформлены в соответствии с законодательством страны оказания медицинских и/или иных услуг и позволяющие установить факт наступления в период ответственности Страховщика страхового случая, диагноз, сроки лечения, оказанные медицинские и/или иные услуги.

5.7. При личном обращении Застрахованного лица Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Застрахованным лицом с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям настоящей Программы ДМС и/или договора страхования) и правильность их оформления.

5.8. В случае выявления факта предоставления Страхователем, Застрахованным лицом, документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов, в соответствии с требованиями настоящей Программы ДМС и/или договора страхования, документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка, а также вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт) и уничтожения нанесенного текста, печатей, штампов, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Страхователей, Застрахованных лиц о выявлении факта предоставления Страхователем, Застрахованным лицом страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцати) рабочих дней.

5.9. В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с настоящей Программой ДМС сроки принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и осуществления страховой выплаты не начинают течь.

5.10. При непредставлении Страхователем, Застрахованным лицом в соответствии с подпунктом «о» пункта 5.2 настоящей Программы ДМС, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), срок осуществления страховой выплаты продлится (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений, о чем Страховщик уведомляет обратившееся лицо и запрашивает у него недостающие сведения.

5.11. В течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком от Застрахованного лица заявления о страховой выплате и всех предусмотренных п. 5.2 настоящей Программы ДМС документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), Страховщик принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

Если в течение вышеуказанного срока принято решение о наличии оснований для страховой выплаты Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату.

5.12. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя, Застрахованное лицо в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования, Правил страхования и настоящей Программы ДМС, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

5.13. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным договором страхования, произошедшим в течение срока действия договора страхования, не может превышать размер общей страховой суммы, установленной договором страхования.

5.14. Страховщик не несет ответственности за неисполнение или просрочку исполнения обязательства по перечислению денежных средств на банковский счет, указанный получателем страховой выплаты, если в условиях недружественных действий иностранных государств и международных организаций, связанных с введением ограничительных мер в отношении граждан Российской Федерации и российских юридических лиц перечисление денежных средств объективно невозможно. О невозможности исполнения Страховщик уведомляет получателя страховой выплаты в течение 3 (трех) рабочих дней с момента выявления им данных обстоятельств. При этом Страховщик предлагает получателю страховой выплаты предоставить реквизиты иного банковского счета или выбрать иной способ расчетов. При отказе получателя указать реквизиты иного банковского счета, либо выбрать иной способ расчетов, Страховщик вправе считать данные действия уклонением от принятия исполнения и осуществить действия, предусмотренные пунктом 4 пункта 1 статьи 327 ГК РФ.

5.15. Страховщик имеет право рекомендовать Страхователю (Застрахованному лицу) посредством сервисного учреждения (ассистанса):

а) самостоятельно обратиться в одну из официальных лицензированных медицинских организаций за медицинской помощью в экстренном (ургентном) порядке по жизненным показаниям с привлечением местной скоройпомощной медицины;

б) самостоятельно обратиться в официальную лицензированную медицинскую организацию за необходимой помощью за наличный расчет с сохранением всех документов по событию, имеющему признаки страхового случая, и с последующим обращением к Страховщику для принятия решения по вопросу возмещения потраченных средств.

6. Страхование не распространяется на следующие территории по настоящей Программе ДМС:

6.1. Страна, в которой Застрахованное лицо имеет разрешение на проживание или иной документ, за исключением визы, разрешающий нахождение на территории страхования непрерывно, но не более 90 (девяноста) дней.

6.2. Страна временного проживания для иностранных граждан и лиц без гражданства при условии наличия у Застрахованного лица временного вида на жительство в данном государстве.

6.3. Страна, гражданином которой является Застрахованное лицо.

6.4. Территории: атолл Джонстон, атолл Мидуэй, Афганистан, Демократическая Республика Конго, Ирак, Йемен, Кот-д'Ивуар, Ливия, остров Буве, Остров Херд и острова Макдоналд, Пакистан, Палестина, Республика Конго, Сектор Газа, Сирия, Сомали, Французские Южные и Антарктические территории, Шпицберген и Ян-Майен, Южная Георгия и Южные Сандвичевы острова.

Страхование экстренной медицинской помощи за рубежом не распространяется на территории, где ведутся военные действия или проводятся войсковые антитеррористические операции, имеют место вооруженные конфликты, столкновения; на территории, в пределах которых обнаружены и официально признаны очаги эпидемий.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний» (далее – Программа ДМС), являющейся приложением к Правилам добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования), ООО СК «МИРАН» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара, 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 страхования, в объеме, предусмотренном Программой ДМС, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования:

- Онкологические заболевания;
- Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица, требующие применения трансплантации органов, тканей;
- Заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов;
- Заболевания, требующие проведения кардиохирургических операций;
- Заболевания и состояния, сопровождающиеся острой почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа, перитонеального диализа;
- Травмы позвоночника, полученные в период действия договора страхования, требующие проведения оперативного лечения;
- Черепно-мозговые травмы, полученные в период действия договора страхования, требующие оперативного лечения;
- Острые и хронические вирусные гепатиты;
- Врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнения;
- Демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;
- Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;
- Сахарный диабет и его осложнения.

Объем предоставляемых услуг.

Услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: акушерству и гинекологии, аллергологии-иммунологии, анестезиологии реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии, по лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медико-социальной экспертизе, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пластической хирургии, применению методов традиционной медицины, профпатологии, психиатрии, наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, сурдологии, оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологииортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной

диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии, а также специалистов педиатрического профиля.

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

Оформление медицинской документации.

Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования, МРТ и КТ исследования, в том числе с введением контрастного вещества, ПЭТ КТ

Процедуры, манипуляции и методы лечения:

- лечебные и диагностические манипуляции;
- физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение, экстракорпоральные методы лечения, догоспитальная подготовка и последующее наблюдение.

- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

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

- 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. 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.

- Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой ДМС.

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

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

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

Услуги скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи:

- Выезд бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля;

- Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

- Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

- Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением

во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Услуги, оказываемые в условиях стационара:

— Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, патологической анатомии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сурдологии, оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, традиционной медицины, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

— Оформление медицинской документации.

— Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические

— исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

— Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая

— диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

— Процедуры, манипуляции и методы лечения:

• лечебные и диагностические манипуляции,

• консервативные методы лечения,

• хирургические методы лечения,

• реконструктивно-пластические операции, после проведения онкологических операций,

• реанимационные мероприятия,

• экстракарпоральные методы лечения,

• химиотерапия, лучевая терапия.

• физиотерапевтическое лечение,

• восстановительное лечение,

• методы традиционной диагностики,

• методы традиционной терапии,

• лечение средствами природного происхождения,

• традиционные системы оздоровления,

• восстановительное аппаратное лечение в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

— Обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия, и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

— Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения по рецепту врача медицинской организации.

Дополнительные услуги в рамках настоящей Программы ДМС:

— доставка лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в учреждении, осуществляющем фармацевтическую деятельность, предоставляющем лекарственную помощь или реализующем изделия медицинского назначения.

— Пребывание в специализированном отделении стационара.

Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

- Питание.
- Индивидуальный медицинский пост.
- Услуги сиделки.
- 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 сопровождаемого лица.

- Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой ДМС, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

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

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

— 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. 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.

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

Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть наступила в стране постоянного проживания.

Данная услуга включают в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы ДМС.

Исключения из настоящей Программы ДМС:

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

— Хронические заболевания, диагностированные и имевшиеся у Застрахованного лица на дату начала действия договора страхования, если иное не оговорено договором страхования.

— Уже имеющееся заболевание, которое развилось не более чем за 10 лет до даты начала страхования.

— Состояния, возникшие в течение «выжидательного периода» – периода времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого страховые риски, предусмотренные настоящей Программой ДМС, не признаются страховыми случаями или признаются страховыми случаями с определенными ограничениями, указанными в договоре страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, Выжидательный период определяется как первые 90 (девяносто) календарных дней со дня вступления в силу договора страхования.

— Лечение и/или уход при заболевании и/или телесном повреждении, которые непосредственно или косвенно связаны с алкоголизмом, злоупотреблением наркотиками, наркоманией, или последствиями воздействия алкоголя, психотропных препаратов, психоделических препаратов и/или наркотических средств.

— Лечение любого заболевания или в связи с требованиями, возникающими непосредственно или косвенно в связи с химическим или биологическим загрязнением, воздействием асбеста или в связи с радиоактивным загрязнением ядерным материалом каким-либо образом.

— Медицинские услуги, связанные с эпидемиями на международном и местном уровне, или пандемиями.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— Стоимость лечения при попытке самоубийства, преднамеренном самоповреждении, неосмотрительном или безрассудном поведении и/или неоправданное подвержение себя опасности, за исключением попыток спасти человеческую жизнь.

Не оплачиваются следующие услуги по настоящей Программе ДМС:

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

— Услуги хосписа.

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

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

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

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

— Генетические исследования, если договором страхования не предусмотрено иное.

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

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

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

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

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

— Стоимость телефонных звонков.

— Расходы на проезд и проживание, понесенные Застрахованным лицом или третьим лицом от имени Застрахованного лица, которые предварительно не были предусмотрены или разрешены Страховщиком.

БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ, КОЭФФИЦИЕНТЫ РИСКА И ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ

Таблица 1. Базовые страховые тарифы (срок страхования – 1 год)

№	Наименование риска	Базовый тариф, в % от страховой суммы
1	«Амбулаторная помощь»	1,94
2	«Стоматологическая помощь»	1,79
3	«Помощь на дому»	0,70
4	«Скорая и неотложная медицинская помощь»	0,86
5	«Стационарная медицинская помощь»	0,86
6	«Ведение беременности в амбулаторных условиях»	25,71
7	«Родовспоможение и наблюдение за женщинами в послеродовом периоде»	28,57
8	«Реабилитационно-восстановительное, в том числе санаторно-курортное лечение»	27
9	«Лекарственное обеспечение и обеспечение изделиями медицинского назначения»	35,23
10	«Личный врач»	0,86
11	«Офисный врач»	1,71
12	«Антиклещ Плюс»	0,71
13	«Медицинская помощь, оказываемая с помощью телемедицинских технологий» («Телемедицина»)	1,88
14	«Иностраный студент»	2,57
15	«Иностраный студент диспансеризация»	1,43
16	«Вакцинация»	2,57
17	«Медицинская транспортировка»	0,86
18	«Профилактика заболеваний»	20,79
19	«Экстренная медицинская помощь за рубежом»	0,99
20	«Диагностика и лечение онко- и критических состояний/заболеваний»	12,26

Таблица 2. Поправочный коэффициент, связанный со сроком страхования

Срок действия договора в месяцах											
до 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доля от общего годового размера страховой премии											
0,25	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

Таблица 3. Коэффициенты риска и поправочные коэффициенты

№ п/п	Описание коэффициента риска, поправочного коэффициента	Риски, в отношении тарифов по которым может быть применен соответствующий коэффициент	Диапазон коэффициента риска (поправочного коэффициента)	
			мин.	макс.
1	Поправочный коэффициент, применяемый с целью учета стоимости перестраховочной защиты	Все риски	1	10
2	Поправочный коэффициент, связанный с порядком уплаты страховой премии	Все риски	1	1,5
3	Поправочный коэффициент, применяемый в случае снижения комиссионного вознаграждения или изменения структуры тарифа в части снижения доли нагрузки	Все риски	0,7	1
4	Поправочный коэффициент, применяемый для установления маркетинговой цены страхового продукта	Все риски	0,7	3
5	Поправочный коэффициент, учитывающий установление лимита покрытия по страховым случаям	Все риски	0,5	1
6	Поправочный коэффициент, учитывающий территорию страхового покрытия	Все риски	0,7	2,5

№ п/п	Описание коэффициента риска, поправочного коэффициента	Риски, в отношении тарифов по которым может быть применен соответствующий коэффициент	Диапазон коэффициента риска (поправочного коэффициента)	
			мин.	макс.
7	Поправочный коэффициент, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события	Все риски	0,3	7,5
8	Поправочный коэффициент, зависящий от наличия предусмотренной договором франшизы (условная, безусловная, временная)	Все риски	0,5	1
9	Коэффициент риска, учитывающий величину страховой суммы	Все риски	0,5	3
10	Коэффициент риска, применяемый при ограничении числа внешних факторов, влияющих на наступление страхового события (при сужении страхового покрытия)	Все риски	0,05	1
11	Коэффициент риска, зависящий от предшествующей страховой истории	Все риски	0,7	5
12	Коэффициент риска, применяемый с целью установления рискованной надбавки	Все риски	1,02	8
13	Коэффициент риска, учитывающий профессию и род занятий Застрахованного лица	Все риски	0,5	7
14	Коэффициент риска, зависящий от возраста Застрахованного лица	Все риски	0,3	10
15	Коэффициент риска, зависящий от пола Застрахованного лица	Все риски	1	1,5
16	Коэффициент риска, учитывающий состояние здоровья Застрахованного лица	Все риски	0,5	10
17	Коэффициент риска, применяемый при расширении/сокращении перечня услуг	Все риски	0,6	3
18	Коэффициент риска, учитывающий количество Застрахованных лиц одновременно по одному договору страхования	Все риски	0,2	9
19	Коэффициент риска, учитывающий наличие периода ожидания	Все риски	0,2	0,99
20	Коэффициент риска, учитывающий выполнение Застрахованным лицом опасной работы или наличие контакта Застрахованного лица с вредными производственными факторами	Все риски	1,1	7