

**Условия страхования
при заключении публичного договора-оферты
коллективного добровольного медицинского страхования
с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами
через партнерский канал**

Условия страхования при заключении публичного договора-оферты коллективного добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами через партнерский канал (далее – Условия страхования) разработаны в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) в действующей редакции в рамках Программ добровольного медицинского страхования:

1. «Поликлиника ЭКОНОМ»,
2. «Поликлиника СТАНДАРТ»,
3. «Поликлиника ОПТИМА»,
4. «Поликлиническое обслуживание»,
5. «Госпитальное обслуживание»,
6. «Стоматология «ЭКОНОМ».

I. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик – страховая организация Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и получившая в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации.

Страхователи – юридические лица любой организационно-правовой формы, физические лица, зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей, заключившие со Страховщиком публичный договор-оферту коллективного добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор страхования).

Застрахованный (застрахованное лицо) - указанное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования

Страховая премия (взнос) – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть Страховой премии при ее уплате в рассрочку.

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.

Страховая сумма – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату.

Франшиза – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза может быть условной и безусловной (устанавливается в процентах от Страховой суммы, либо как абсолютная величина – в денежном выражении).

При условной Франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размера Франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает Франшизу.

При безусловной Франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом размера Франшизы.

Временная Франшиза предполагает исключение из страхового покрытия конкретного периода времени.

Договор добровольного медицинского страхования (договор страхования) – соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователю/Застрахованному при наступлении Страхового случая. Договор страхования может быть составлен как с обязательными подписями сторон (Страхователя и Страховщика), так и с оговоренными условиями Договора страхования аналогам подписей (цифровая подпись, факсимиле и др.).

Дата заключения Договора страхования – дата уплаты Страховой премии.

Дата вступления Договора страхования в силу - дата активации Договора страхования, путем проставления специальной отметки (подтверждения) в электронном виде после регистрации Страхователя в Личном кабинете Страхователя на Официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.pf/>.

Срок страхования/период страхования (срок действия Договора страхования) - период времени, определяемый Договором страхования, в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению Страховых выплат в соответствии с Договором страхования, при наступлении Страхового случая.

Оферта Страховщика – предложение Страховщика заключить Договор страхования. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика на предложенных условиях, считается уплата Страховой премии и вручение Договора страхования Страхователю.

Активация Страхователем Договора страхования – проставление специальной отметки Страхователем в электронном виде на Официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

Страховой риск – совокупность предполагаемых событий, на случай наступления которых проводится добровольное медицинское страхование и которые могут быть признаны Страховым случаем.

Страховой случай – совершившееся документально подтвержденное событие из числа Страховых рисков предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату.

Страховая выплата (выплата страхового возмещения) – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении Страхового случая.

Медицинские организации – находящиеся как на территории Российской Федерации, так и на территории иностранных государств лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации.

Медицинская помощь (медицинская услуга) – мероприятие или комплекс мероприятий, непосредственно направленных на профилактику, диагностику и лечение Заболевания, имеющих определенную цену. Медицинская помощь может быть консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической.

Телемедицинские консультации - это Медицинская помощь, оказываемая с применением Телемедицинских технологий и организуемая в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Телемедицинские технологии - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и/или их

законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Заболевание (болезнь) – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Программа добровольного медицинского страхования включает: виды, формы, объем и условия предоставления Медицинской помощи Застрахованным.

Официальный сайт Страховщика сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (**www.акбарсмед.рф**), содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанной в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

Личный кабинет Агента - Страница на Официальном сайте Страховщика с функцией ввода информации и документов Агентом страховщика по Страхователю.

Личный кабинет Страхователя - страница на Официальном сайте Страховщика с функцией внесения информации и документов Страхователя.

Личный кабинет Застрахованного - страница на Официальном сайте Страховщика с персональной информацией Застрахованного, в том числе в Мобильном Приложении Страховщика.

Мобильное Приложение Страховщика – программный продукт Страховщика с функциями Личного кабинета Застрахованного, размещенный в сети Интернет на платформе Google Play и App store.

Агент – организация, заключившая со Страховщиком Агентский договор.

II. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

1. Программа добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ»:

1. Приемы и лечебные манипуляции врача-терапевта/педиатра, врача-хирурга.
2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): общеклинические.
3. Инструментальные методы исследования (по медицинским показаниям):
 - ультразвуковые, за исключением ультразвуковых исследований сосудов (однократно в течение срока действия договора страхования);
 - функциональные: ЭКГ, ФВД (однократно в течение срока действия договора страхования);
 - рентгенологические.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

- 1.1. Туберкулез.
- 1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиника ЭКОНОМ».

5. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклоноотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения,

санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

17. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; стационарное лечение.

18. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

19. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому.

22. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

2. Программа добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ»:

1. Приемы и лечебные манипуляции врачей-специалистов: терапевта/педиатра, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, акушера-гинеколога, уролога.

2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): общеклинические, биохимические.

3. Инструментальные методы исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые, за исключением ультразвуковых исследований сосудов (однократно в течение срока действия договора страхования);

- функциональные: ЭКГ, ФВД (однократно в течение срока действия договора страхования);

- рентгенологические.

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

1.1. Туберкулез.

1.2. Муковисцидоз.

1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

1.5. Сахарный диабет I и II типа.

1.6. Бронхиальная астма.

1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).

1.11. Варикозное расширение вен.

1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

1.17. Лучевая болезнь.

1.18. Профессиональные заболевания.

1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ».

Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.

4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиника СТАНДАРТ».

5. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидрокOLONотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением.

12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

17. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; стационарное лечение.

18. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.

19. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

20. Санаторно-курортное лечение.

21. Медицинская помощь специалистов на дому.

22. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

3. Программа добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА»:

1. Приемы и лечебные манипуляции врачей-специалистов: терапевта/педиатра, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, невролога, акушера-гинеколога, уролога.

2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): общеклинические, биохимические.

3. Инструментальные методы исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые, за исключением ультразвуковых исследований сосудов (однократно в течение срока действия договора страхования);
- функциональные: ЭКГ, ФВД (однократно в течение срока действия договора страхования);
- рентгенологические.

4. Помощь на дому:

Медицинская помощь на дому осуществляется в пределах административной границы города Застрахованным, которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме и включает в себя:

- первичный и повторный приемы врача-терапевта на дому (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА»:

1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

- 1.1. Туберкулез.
- 1.2. Муковисцидоз.
- 1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.
- 1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.
- 1.5. Сахарный диабет I и II типа.
- 1.6. Бронхиальная астма.
- 1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.
- 1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.
- 1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).
- 1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.
Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеохондроз, остеоартрит, остеоартроз, гонартроз и др.).
- 1.11. Варикозное расширение вен.
- 1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.
- 1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.
- 1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.
- 1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.
- 1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.
- 1.17. Лучевая болезнь.
- 1.18. Профессиональные заболевания.

- 1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).
- 1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.
- 1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.
2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.
3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА».
Приемы и лечение у специалистов, имеющих ученую степень и звания.
4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиника ОПТИМА».
5. Лазеротерапия; хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроклоноотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.
6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.
7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.
8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.
9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.
10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).
11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением.
12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.
13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.
14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.
15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.
16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.
17. Обследование и лечение в дневном стационаре, в т.ч. в стационаре дневного пребывания; стационарное лечение.
18. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации.
19. Лечение заболеваний полости рта и зубов.
20. Санаторно-курортное лечение.
21. Медицинская помощь специалистов на дому, кроме случаев, указанных выше.
22. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

4. Программа добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- аллергология-иммунология;
- гастроэнтерология;
- гинекология;
- дерматовенерология;
- инфекционные болезни;
- кардиология;
- колопроктология;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия;
- неврология;
- нейрохирургия;
- нефрология;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- онкология (до установления диагноза);
- отоларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- пульмонология;
- ревматология;
- рефлексотерапия;
- сосудистая хирургия;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринология;
- эндоскопия.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации):

- профилактика, сбор, анализ жалоб Застрахованного и данных анамнеза, оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинское наблюдение за состоянием здоровья Застрахованного, в том числе с применением специальных устройств (персональных медицинских изделий);

- принятие решения о необходимости проведения очного приема врача-специалиста (осмотр, консультации);

- предоставление медицинского заключения по результатам консультации или протокола консилиума врачей-специалистов.

1.3. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- клинические;
- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со Страховщиком;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);
- цитологические.

1.4. Инструментальные методы лечения и обследования (по медицинским показаниям):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия (УВТ) (не более 5-ти процедур в течение срока действия Договора страхования);
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.5. Физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;
- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

До 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.6. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

До 10-ти сеансов/процедур каждого из видов в течение срока действия Договора страхования, при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.7. Медицинская помощь на дому, Застрахованным которые по состоянию здоровья, тяжести заболевания не могут посетить Медицинскую организацию и/или нуждаются в постельном режиме:

-выезд врача-терапевта/педиатра на дом, на место работы и оказание необходимой Медицинской помощи в пределах административной границы города (в режиме работы поликлиники, предусмотренной Договором страхования).

1.8. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (за исключением льготных лекарственных препаратов).

1.9. Лечение в дневном стационаре.

1.10. Догоспитальная подготовка (при наличии у Застрахованного Программы добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание»).

II. Ограничения по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание»:

В случае необходимости получения «второго мнения», допускается обращение в связи с одним случаем заболевания не более чем к двум врачам-специалистам.

III. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание»:

3.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

3.1.1. Туберкулез.

3.1.2. Муковисцидоз.

3.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

3.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

3.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

3.1.6. Бронхиальная астма.

3.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

3.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

3.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

3.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз, коксартроз, межпозвоночная грыжа, протрузия межпозвоночных дисков, стеноз позвоночного канала, киста позвоночника, остеофиты, спондилез, спондилоартроз, спондилолистез, остеопороз позвоночника, миофасциальный синдром, фасеточный синдром (синдром фасеточных суставов)).

3.1.11. Варикозное расширение вен.

3.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

3.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

3.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

3.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

3.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

3.1.17. Лучевая болезнь.

3.1.18. Профессиональные заболевания.

3.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

3.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

3.1.21. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

3.2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

3.3. Приемы и лечение у специалистов, не перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание».

3.4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание».

3.5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомагнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артроскопия.

3.6. Экстракорпоральные методы лечения, УФО крови, лимфопресс.

3.7. Все виды анестезиологических пособий и манипуляций.

3.8. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

3.9. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию за исключение случаев, перечисленных в разделе I Программы добровольного медицинского страхования «Поликлиническое обслуживание».

3.10. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

3.11. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.

3.12. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

3.13. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

3.14. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

3.15. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

3.16. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

3.17. Стационарное лечение.

3.18. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

3.19. Санаторно-курортное лечение.

3.20. Медицинская помощь специалистов на дому, кроме случаев, указанных выше.

3.21. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

5. Программа добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание»:

1.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- абдоминальная хирургия;
- аллергологическое;

- анестезиология и реанимация;
- гастроэнтерологическое;
- гинекологическое;
- инфекционное;
- кардиологическое;
- колопроктологическое;
- неврологическое;
- нейрохирургическое;
- нефрологическое;
- отоларингологическое;
- офтальмологическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- реанимации – интенсивной терапии;
- терапевтическое;
- торакальная хирургия;
- травматологии и ортопедии;
- урологическое;
- физиотерапевтическое;
- хирургическое;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндокринологическое;
- эндоскопическое.

1.2. Лабораторные исследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- аллергологические: кожные скарификационные аллергологические тесты;
- бактериологические;
- биохимические;
- гистологические;
- гормональные;
- клинические;
- маркеры онкологических заболеваний (ПСА и СА 125) по согласованию со

Страховщиком;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям по медицинским показаниям);
- цитологические.

1.3. Инструментальные методы лечения и обследования (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- лучевые;
- радиоизотопные;
- ударно-волновая терапия;
- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ/МСКТ) и ядерно-магнитная резонансная томография (МРТ/МРА) проводятся при обязательном согласовании со Страховщиком.

1.4. Физиотерапевтическое лечение (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- электро-, свето-, тепло-, магнитолечение, лазеротерапия;
- ингаляции;
- водолечение: лечебные ванны и лечебный душ.

1.5. Методы восстановительного лечения (проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации):

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- классический лечебный массаж;
- лечебная физкультура;
- мануальная терапия.

1.6. Экспертиза временной нетрудоспособности (выдача листков временной нетрудоспособности).

1.7. Лечение в дневном стационаре.

Плановая госпитализация осуществляется в случаях, когда проведение диагностических и/или лечебных манипуляций возможно только в стационарных условиях и/или амбулаторная помощь оказывается неэффективной.

Плановая госпитализация организуется Страховщиком по направлению лечащего врача на основании: амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Такой вид госпитализации производится в Медицинскую организацию из числа указанных в Договоре страхования. Сроки госпитализации определяются индивидуально.

Неплановая госпитализация осуществляется при состоянии здоровья Застрахованного, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Неплановая госпитализация осуществляется в дежурную больницу, с использованием услуг станции скорой медицинской помощи. Застрахованный или его представитель сообщает Страховщику, в какой стационар он госпитализирован. С учетом желания, состояния здоровья Застрахованного, возможности Медицинской организации, Страховщик организует перевод, преимущественно в 2–4-х местные палаты, в Медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание»:

2.1. Медицинская помощь, связанная со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза:

2.1.1. Туберкулез.

2.1.2. Муковисцидоз.

2.1.3. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы, ревматизм; подагра.

2.1.4. Болезни эндокринной системы (гипотериоз и др.), расстройства питания и нарушения обмена веществ.

2.1.5. Сахарный диабет I и II типа.

2.1.6. Бронхиальная астма.

2.1.7. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью; хронический гепатит, цирроз печени.

2.1.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной недостаточностью; амилоидоз.

2.1.9. Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, трихомониаз, урогенитальная герпетическая инфекция, хламидийная, микоплазменная, уреоплазменная инфекции).

2.1.10. Дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, психические расстройства.

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и суставов (остеоартрит, остеоартроз, гонартроз, коксартроз, межпозвоночная грыжа, протрузия межпозвоночных дисков, стеноз позвоночного канала, киста позвоночника, остеофиты, спондилез, спондилоартроз,

спондилолистез, остеопороз позвоночника, миофасциальный синдром, фасеточный синдром (синдром фасеточных суставов)).

2.1.11. Варикозное расширение вен.

2.1.12. ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты, цитомегаловирусная инфекция.

2.1.13. Особо опасные инфекции; нейроинфекции; высококонтагиозные инфекционные заболевания.

2.1.14. Псориаз, микозы, экзема, нейродермит, контагиозный моллюск, папилломы, кандиломы, бородавки, мозоли, вросший ноготь, невусы, дерматиты, чесотка, педикулёз, паразитарные болезни.

2.1.15. Аномалия рефракции (миопия, гиперметропия, астигматизм); угасание функции аккомодации (пресбиопия); глаукома; возрастная и осложненная катаракта; косоглазие; демодекоз; хориоретинальные дистрофии.

2.1.16. Хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

2.1.17. Лучевая болезнь.

2.1.18. Профессиональные заболевания.

2.1.19. Злокачественные новообразования (в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей); доброкачественные новообразования (кисты, миомы др.).

2.1.20. Заболевания крови: анемия, тромбоцитопения и др.

2.1.21. Заболевания сердца, сосудов, нервной системы, требующие хирургического вмешательства, включая установку искусственного водителя ритма, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), стентирование любых сосудов, коррекцию пороков сердца и др.

2.1.22. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования, пластическая хирургия.

2.1.23. Заболевания или иные расстройства здоровья, полученные в состоянии или вследствие наркотического, алкогольного, токсического опьянения.

2.2. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком.

2.3. Лечение у специалистов, не предусмотренных в Программе добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание».

2.4. Лабораторные и инструментальные исследования в объеме превышающий предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования «Госпитальное обслуживание».

2.5. Хирургическое лазеролечение, в т.ч. ЭВЛК, использование радиоволнового скальпеля; электрофотомангнитостимуляция; склеротерапия; озонотерапия; гипокситерапия; гипербарическая оксигенация; галотерапия; гидроколлотерапия; бальнеолечение; хирургические методы лечения хронического геморроя, артротомия, артроскопия.

2.6. Экстракорпоральные методы лечения (за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации), УФО крови, лимфопресс.

2.7. Медицинское освидетельствование с целью оформления документов на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, выезда за рубеж, посещения спортивно-оздоровительных мероприятий, бассейна, поступления в учебные заведения, санаторно-курортных справок и карт, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения; диспансеризация и т.п.

2.8. Иммунопрофилактика, иммунотерапия, включая специфическую иммунотерапию.

2.9. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.).

2.10. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением.

2.11. Ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения, связанные с ними.

2.12. Прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды, а также осложнения, связанные с ними.

2.13. Диагностика и лечение сексуальных расстройств.

2.14. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; хирургическое изменение пола; все виды протезирования; коррекция веса, речи, зрения, слуха.

2.15. Профилактические и оздоровительные мероприятия: профилактический массаж, тренажеры, солярий, ЛФК в бассейне и пр.

2.16. Лечение заболеваний полости рта и зубов.

2.17. Санаторно-курортное лечение.

2.18. Медицинская помощь специалистов на дому.

2.19. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения; медицинского оборудования; медицинских изделий, предназначенных для ухода за больным и т.п.; корригирующих медицинских устройств, материалов и приспособлений: имплантатов; протезов; слуховых аппаратов; очков, контактных линз; корсетов, костылей, стелек и др., а также расходы на их подбор и подгонку.

6. Программа добровольного медицинского страхования «Стоматология «ЭКОНОМ»:

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы в Медицинскую организацию, оказывающую стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

I. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «ЭКОНОМ»:

1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, радиовизиография (прицельные снимки), ортопантомография (однократно в течение всего периода действия Договора страхования).

3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям:

- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химио- и светоотверждаемых пломбировочных материалов (не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования),

- лечение острого и хронического пульпита, хронического периодонтита в стадии обострения, включая все виды прокладок (кроме зубов с коронкой, разрушенной более чем на 1/2, не более 3-х зубов в течение всего периода действия Договора страхования), механическая и медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов, в том числе с использованием гуттаперчевых штифтов.

4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям:

- удаление зубов (кроме ретинированных и дистопированных), наложение/снятие швов, перевязка после удаления, кровоостанавливающая антисептическая повязка после удаления, разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, дренирование, операция иссечения «капюшона».

5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия.

II. Исключения из страхового покрытия по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматология «ЭКОНОМ»:

- замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям;

- восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 1/2;

- перелечивание зубов, ранее леченных эндодонтически;
- реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами;
- протезирование и подготовка к нему;
- ортодонтическое лечение; дентальная имплантация;
- удаление зубов ретинированных, дистопированных;
- плановые хирургические вмешательства, в том числе и с диагностической целью;
- лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- условное лечение зуба;
- пародонтологическое лечение, в том числе и хирургическая пародонтология;
- снятие зубных отложений;
- отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»;
- использование изолирующих систем (коффердам, раббердам и др.).

III. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ

1. Агент прикрепляет предоставленные Страхователем оригиналы или заверенные его уполномоченным лицом скан-копии документов, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах, в Личном кабинете Агента на Официальном сайте Страховщика.

2. Агент вносит в Личный кабинет Агента на Официальном сайте Страховщика следующую информацию, предоставленную Страхователем:

- сокращенное наименование организации/индивидуального предпринимателя;
- юридический, фактический и почтовый адрес;
- фамилию, имя, отчество, должность руководителя или уполномоченного лица;
- реквизиты Доверенности уполномоченного лица: номер и дата выдачи;
- ИНН, КПП, ОГРН;
- банковские реквизиты: расчетный счет, корреспондентский счет, наименование банка, БИК;
- номер телефона, электронную почту, адрес сайта;
- количество застрахованных;
- программу добровольного медицинского страхования.

3. После проверки на полноту и достоверность полученных Страховщиком документов и сведений, указанных в п. 1 и 2 Условий, Страховщик направляет Страхователю через Агента Заявление на добровольное медицинское страхование в ООО «СК «АК БАРС-Мед» (Приложение № 1 к настоящим Условиям страхования) и Договор-оферту (Приложение № 2 к настоящим Условиям страхования) в электронном виде.

4. Агент прикрепляет скан-копию подписанного Страхователем Заявления в Личный кабинет Агента на Официальном сайте Страховщика. Договор страхования вручается Агентом Страхователю.

5. Страхователь производит уплату Страховой премии по Договору страхования единовременно, путем перечисления на расчетный счет Страховщика.

6. Страхователь обязан в течении 5 (Пяти) рабочих дней со дня уплаты Страховой премии пройти регистрацию на Официальном сайте Страховщика. Внести в электронную форму в Личном кабинете Страхователя следующие данные Застрахованных:

- фамилию, имя, отчество;
- дату рождения;
- пол;
- паспортные данные: номер, серия, кем выдан, дата выдачи, код подразделения;
- место рождения;

- гражданство;
- адрес места регистрации (жительства);
- ИНН (при наличии);
- номер мобильного телефона.

7. Страхователю необходимо активировать Договор страхования, путем проставления специальной отметки (подтверждения) в электронном виде после регистрации в Личном кабинете Страхователя на Официальном сайте Страховщика.

8. После регистрации Страхователя Страховщик отправляет Застрахованным, по указанным в Личном кабинете Страхователя контактными номерам телефона, СМС-сообщение со ссылкой на Официальный сайт Страховщика. Застрахованные регистрируются через Официальный сайт Страховщика, либо в Мобильном приложении Страховщика в Личном кабинете Застрахованного для получения Полисов добровольного медицинского страхования.

9. Договор страхования вступает в силу с даты активации на Официальном сайте Страховщика.

IV. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон в случаях, предусмотренных Договором страхования, Правилами или действующим законодательством.

2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в остальных случаях, уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

3. Страховщик обеспечивает прием заявлений в случае расторжения или отказа Страхователя от Договора страхования в Офисах, в которых заключался Договор страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре страхования Офисе, или посредством почтовой связи, или на Официальном сайте Страховщика, а также через третье лицо, действующее по поручению Страховщика, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

В случае расторжения Договора (Полиса) страхования, Страхователь может использовать образец заявления, размещенного на Официальном сайте Страховщика. Страхователь заполняет и подписывает заявление и прикладывает цветную скан-копию или цветное фотографическое изображение заявления на Официальном сайте Страховщика либо оригинал заявления направляет почтовым направлением. К заявлению Страхователь обязуется приложить копию паспорта.

4. В случае, если Страхователь не прошел регистрацию и не внес всю необходимую информацию о Застрахованных по истечении 5 (Пяти) рабочих дней, Страховщик оставляет за собой право расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке.

V. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Перечень и объем Медицинской помощи, оказываемой Застрахованному, определяются Программой добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских организаций.

Для получения Медицинской помощи при наступлении Страхового случая Застрахованному необходимо:

а) обратиться в круглосуточный Контакт-центр Страховщика по номеру телефона: 8 800 100 91 11,

б) пройти идентификацию путем сообщения сведений и совершения необходимых действий, запрашиваемых оператором Контакт-центра Страховщика.

Оператор Контакт-центра организует оказание Медицинской помощи Застрахованному.

Приложение № 1 к Условиям страхования при заключении публичного договора-оферты коллективного добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами через партнерский канал

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ _____ - _____ - _____

на добровольное медицинское страхование в ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Страхователь _____				
в лице _____				
действующего на основании _____				
ИНН	КПП	ОГРН	р/с	В
Банке	к/с	БИК		
Адрес _____				
Номер телефона		email	адрес сайта	
просит заключить договор коллективного добровольного медицинского страхования _____, на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____, по Программе добровольного медицинского страхования «_____», по Программе добровольного медицинского страхования «_____» и т.д.				
Срок страхования один год.				

<p>Численность: _____ (_____) человек, в том числе по Программе добровольного медицинского страхования «_____» - _____ (_____) человек, по Программе добровольного медицинского страхования «_____» - _____ (_____) человек и т.д.</p> <p>Список лиц, подлежащих страхованию заполняется при регистрации Страхователя на официальном сайте Страховщика.</p>

Место заключения договора коллективного добровольного медицинского страхования: _____.

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____, Программой добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской помощи и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____ ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____ можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Настоящим, даю согласие на выдачу Полисов добровольного медицинского страхования в электронном виде через Мобильное приложение или Личный кабинет Застрахованного.

Руководитель предприятия

_____/_____
(подпись) (ФИО)

М.П.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 2 к Условиям страхования при заключении публичного договора-оферты коллективного добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами через партнерский канал

Публичный договор-оферта коллективного добровольного медицинского страхования

г. Казань

Настоящая публичная оферта адресована юридическим лицам/индивидуальным предпринимателям (далее – «Страхователь»), является официальным предложением **Общества с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»**, (далее - «Страховщик»), действующее на основании Лицензии _____, выданной Центральным Банком Российской Федерации (Банк России), в лице _____, действующего на основании _____, в соответствии со ст. 435 Гражданского кодекса РФ предлагает Вам заключить Договор-оферта коллективного добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования) в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от _____ (в дальнейшем по тексту – Правила) и Условиями страхования при заключении публичного договора-оферты коллективного добровольного медицинского страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами через партнерский канал (далее – Условия страхования), на указанных ниже условиях:

1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской помощи, оказываемой лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным в предоставленные Страхователем списки. Список на Застрахованных оформляется Страхователем в Личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsмед.рф/>.

1.2. Объем Медицинской помощи, оказываемой Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного медицинского страхования. Страховщик предоставляет Страхователю следующие варианты Программ добровольного медицинского страхования:

1. _____.
2. _____.
3. _____, и т.д.

По своему усмотрению Страхователь выбирает один или несколько из вариантов Программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 1 к Договору страхования). Выбранная (выбранные) Страхователем Программа (Программы) добровольного медицинского страхования указывается (указываются) в Заявлении Страхователя.

1.3. Получение Полиса добровольного медицинского страхования Застрахованными, указанными Страхователем в списке, осуществляется через регистрацию Застрахованных в Личном кабинете Застрахованного на Официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsмед.рф/> либо в Мобильном приложении Страховщика в Личном кабинете Застрахованного.

2. Объект страхования, Страховой случай.

2.1. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

2.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской помощи, предусмотренной выбранной (выбранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования. Перечень Медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным, указывается в Приложении № 2 к Договору страхования.

3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1. Размер страховой суммы составляет:

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » _____ рублей на 1-го Застрахованного;

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » _____ рублей на 1-го Застрахованного;

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » _____ рублей на 1-го Застрахованного и т.д.

3.2. Страховой тариф, согласно оговоренным в п.1.2. условиям Договора страхования, составляет:

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » ___ % от Страховой суммы;

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » ___ % от Страховой суммы;

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » ___ % от Страховой суммы

и.д.

3.3. Размер Страховой премии (взноса) составляет:

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » составляет _____ рублей на 1-го Застрахованного;

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » составляет _____ рублей на 1-го Застрахованного;

- по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » составляет _____ рублей на 1-го Застрахованного и т.д.

3.4. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается путем перечисления на расчетный счет Страховщика.

3.5. Оплата Страховой премии (взноса) производится единовременным платежом в течение 3 (Трех) банковских дней после выставления счета на оплату представителем Страховщика.

4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается с момента уплаты Страховой премии Страхователем.

4.2. Договор страхования вступает в силу со дня активации Договора-оферты, путем проставления специальной отметки (подтверждения) в электронном виде после регистрации Страхователя в Личном кабинете Страхователя на Официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.rf/> и действует один год.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

5.1.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских организациях Медицинской помощи, определенной в Договоре страхования.

В случае непредоставления Медицинской помощи Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика.

б) требовать предоставления Застрахованным своевременной и качественной помощи в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

в) в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширять (уменьшать) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.3., п. 10.4. Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) расширять (уменьшать) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повышать (уменьшать) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

д) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

е) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

5.1.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также иную информацию, связанную с Договором страхования;

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих представителях, выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об

изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) предоставлять по запросу Страховщика согласие на обработку персональных данных (в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных. Формы согласий на обработку персональных данных содержатся на сайте <https://www.akbarsmed.ru/dms/pdn>;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования;

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным;

и) обеспечить надлежащее хранение Застрахованными Полиса добровольного медицинского страхования, исключаящее возможность его использования третьими лицами;

й) обеспечить соблюдение Застрахованными предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдение распорядка, установленного Медицинской организацией;

к) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

5.2. Права и обязанности Страховщика.

5.2.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь, и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях и порядке, предусмотренных действующим законодательством и Правилами;

е) в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» обрабатывать персональные данные без согласия Застрахованного для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования;

ж) не вправе без получения согласия на обработку персональных данных от Страхователя/Застрахованного разглашать персональные данные третьим лицам.

5.2.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, в том числе направлять в письменном виде оповещение клиенту о дате и причинах принятия решения об отказе от проведения операции по адресу, указанному при заключении договора, в срок не позднее пяти рабочих дней со дня принятия Страховщиком такого решения;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных, установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснить положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

е) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую помощь, в соответствии с п. 8.3.1., п. 12.1. Правил;

- ё) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;
- ж) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно в случаях, предусмотренных Правилами и Условиями страхования.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не предусмотренным Договором страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими страховые отношения, и Правилами.

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

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой ее за свой счет.

7.4. Все неурегулированные споры между Страховщиком и Страхователем по Договору страхования рассматриваются и разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, пандемии, объявление режима повышенной готовности, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Страховщика и Страхователя и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств по Договору страхования).

9. Иные условия.

9.1. Все изменения и дополнения к Договору страхования, в том числе в Приложениях к нему, имеют юридическую силу при условии оформления их в письменном виде, подписания уполномоченными представителями и скрепления печатями Сторон.

9.2. Приложение:

Приложение №1 – Программа добровольного медицинского страхования;

Приложение №2 – Перечень Медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным.

СТРАХОВЩИК:

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед».

Юридический адрес: 420124, РФ, РТ, г. Казань, ул. Меридианная, д. 1, корпус А, офис 85.

ИНН: 1657049646. КПП: 165701001. ОГРН: 1041625409033.

Расчетный счет: 40701810000028001377 в ПАО «АК БАРС» БАНК г. Казань.

Корреспондентский счет: 3010181000000000805. БИК: 049205805.

Телефон: 8 (843) 527-48-32.

(должность уполномоченного лица)

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

_____ (_____)

М.П.