

**ОТКРЫТОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ПАРИ»  
(ОАО «СК «ПАРИ»)**

(утв. Ген. дир. АООТ «СК «ПАРИ» 19.05.1995 г.,  
в ред. Приказов Ген. дир. ОАО «СК «ПАРИ»  
от 19.03.2003 г. № 18, от 04.04.2012 г. № 20)

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

1. СТРАХОВЩИКИ, СТРАХОВАТЕЛИ, ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА.....	2
2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	2
3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ, СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.....	2
4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ, ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ.....	3
5. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	3
6. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	4
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	4
8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	5
9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.....	6
10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	6

По настоящим Правилам Открытое Акционерное Общество «Страховая компания «ПАРИ», именуемое в дальнейшем "Страховщик", заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее - договоры страхования), на основании которых организует предоставление и оплату медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по эвакуации и репатриации, а также иных услуг по программам добровольного медицинского страхования, прилагаемым к настоящим Правилам (в составе Приложения № 1).

## **1. СТРАХОВЩИКИ, СТРАХОВАТЕЛИ, ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА**

1.1. В соответствии с настоящими Правилами Страхователями могут выступать:

1.1.1. Дееспособные граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, заключающие договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные лица).

1.1.2. Юридические лица - российские и иностранные юридические лица всех форм собственности (далее по тексту - Страхователи), заключающие договор в пользу третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные лица).

1.2. Застрахованным лицом признается физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования.

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

1.4. Договоры страхования не могут быть заключены в пользу больных синдромом приобретенного иммунодефицита, носителей вируса СПИД, а также лиц, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах.

Если в период действия договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо, в связи с диагностированным у него заболеванием, подлежит учету в перечисленных выше диспансерах, Страховщик не производит оплату услуг по этому заболеванию.

1.5. Страховщик на основании настоящих Правил может разработать другие программы добровольного медицинского страхования, согласуемые в установленном порядке.

## **2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с обращением Застрахованного лица в медицинское и/или сервисное учреждение за медицинскими, медико-транспортными услугами, услугами по эвакуации и репатриации по программам добровольного медицинского страхования, предоставляемыми Застрахованному лицу в период действия договора страхования.

Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические, учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно на территории Российской Федерации. Сервисными учреждениями являются, имеющие лицензию ассистанские компании и учреждения, оказывающие помощь по эвакуации и репатриации на территории Российской Федерации. Услуги могут быть оказаны в учреждениях вне территории Российской Федерации, имеющих медицинские лицензии и договоры со Страховщиком или ассистанской компанией.

## **3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

3.1. Страховыми случаями являются обращения Застрахованного лица в период действия договора страхования в медицинское и / или сервисное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, за услугами по поводу травмы, обострения хронического заболевания, пищевого отравления и других заболеваний, восстановительного лечения или смерти Застрахованного. Услуги предоставляются Застрахованному лицу путем оказания консультативной, профилактической, экстренной медицинской помощи, медико-транспортных услуг, услуг по эвакуации и репатриации с осуществлением Страховщиком страховых выплат в пределах страховой суммы. Услуги предоставляются в порядке и на условиях, предусмотренных договором страхования и Программами страхования.

Договор страхования может быть заключен по одной или нескольким Программам страхования и с учетом отдельных исключений из Программ.

3.2. Страховщик освобождается от оплаты полученных Застрахованным лицом услуг, если они:

а) не предусмотрены договором страхования и/или не согласованы со Страховщиком в дополнительном Соглашении;

б) входят в "Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению" (в составе Приложения № 1).

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ, ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ**

4.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору страхования.

4.2. Страховые взносы, уплачиваемые Страхователем по договору страхования, устанавливаются в зависимости от: размера страховой суммы, выбранной программы страхования, уровня медицинского учреждения в соответствии с п.2.1 настоящих Правил, срока страхования, результатов анкетирования (обследования) Застрахованного лица или иных условий, предусмотренных договором страхования.

Тарифы по программам добровольного медицинского страхования даны в Приложении № 2 к настоящим Правилам.

4.2.1. Страхователь - юридическое лицо может по согласованию со Страховщиком для всех Застрахованных лиц выбрать программу и установить одинаковую страховую сумму, или установить ее размер индивидуально для каждого Застрахованного лица.

4.3. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в течение действия договора страхования увеличить размер страховой суммы, с доплатой соответствующего страхового взноса, что оформляется дополнительным соглашением.

4.4. Страховые взносы по договору страхования уплачиваются Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок страхования) или в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов определяется в договоре страхования.

4.5. Страховые взносы могут быть уплачены Страхователем наличными деньгами Страховщику (его представителю) или перечислены на счет Страховщика путем безналичных расчетов.

#### **5. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если его условиями не предусмотрено иное.

При заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем размере от годовой страховой премии: 1 месяц – 20 %; 2 мес. – 30 %; 3 мес. – 40 %; 4 мес. – 50 %; 5 мес. – 60 %; 6 мес. – 65 %; 7 мес. – 70 %; 8 мес. – 80 %; 9 мес. – 85 %; 10 мес. 90 %; 11 мес. – 95%, при этом неполный месяц принимается за полный.

5.2. Для заключения договора страхования, Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным Заявлением (в составе Приложения № 1) с приложением списка Застрахованных лиц с указанием выбранных программ и страховых сумм, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить договор страхования. По программе "Российский медицинский ассистанс" обязательно письменное Заявление.

5.3. Для определения размера страхового взноса, до момента заключения договора страхования (за исключением договора по программе «Российский медицинский ассистанс»), по требованию Страховщика Застрахованные лица заполняют Анкету (в составе Приложения № 1). В случае необходимости, Страховщик вправе направить Застрахованное лицо на дополнительное медицинское обследование за счет средств Застрахованного лица или Страхователя. В случае отказа Застрахованного лица от заполнения Анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключение договора страхования.

5.4. Факт заключения договора страхования удостоверяется либо путем подписания одного документа - договора страхования, либо путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса установленной формы, подписанного Страховщиком, с приложением Правил страхования.

5.4.1. Договор страхования, заключенный путем подписания одного документа, должен содержать: для юридических лиц (в составе Приложения № 1) наименование, юридический адрес и банковские реквизиты Страховщика, численность Застрахованных лиц; наименование, юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя; для физического лица наименование, юридический адрес и банковские реквизиты Страховщика, фамилию, имя, отчество, адрес

места жительства (регистрации) и паспортные данные Страхователя - физического лица; для всех договоров - срок действия договора страхования, объект страхования, страховую сумму, размер страхового взноса, подлежащего уплате по договору страхования, сроки и порядок внесения страховых взносов, условия и сроки вступления договора в силу, а также его прекращения, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству Российской Федерации, условия.

5.4.2. При заключения договора страхования путем выдачи Страхователю страхового полиса (в составе Приложения № 1) по программе "Российский медицинский ассистанс", в нем указываются: номер страхового полиса; фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес, телефон Страхователя; срок действия полиса (дата и количество дней); вариант программы; страховая сумма и страховой взнос; количество Застрахованных лиц, их фамилия, дата рождения, и иные сведения. К страховому полису прилагаются программы страхования и Правила страхования.

5.5. Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другому лицу с целью получения им услуг по договору страхования. При установлении факта передачи страхового полиса другому лицу с целью получения последним услуг к Застрахованному лицу применяются санкции, установленные в соответствии с п.9.2.1 настоящих Правил.

5.6. В случае утраты Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя выписывает его дубликат. На дубликате страхового полиса делается соответствующая надпись. Утраченный полис считается недействительным со дня подачи заявления, и никакие претензии по нему не принимаются.

5.7. Договор страхования считается заключенным после его подписания сторонами и вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования.

## **6. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по договору:

6.1.1. при истечении срока действия договора страхования;

6.1.2. в случае смерти Застрахованного лица;

6.1.3. при неуплате Страхователем страховых взносов в установленные договором страхования сроки;

6.1.4. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме;

6.1.5. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом и не имеющим правопреемника;

6.1.6. при ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

6.1.7. при принятии судом решения о признании договора страхования недействительным;

6.1.8. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Договор страхования досрочно прекращается по требованию Страхователя при уведомлении им Страховщика не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения действия договора страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.3. Возврат взносов при досрочном расторжении договора страхования производится в соответствии с условиями договора и действующим законодательством Российской Федерации.

## **7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

7.1. По договору страхования Страхователь имеет право:

7.1.1. на выбор программы и медицинских учреждений, оказывающих услуги по договору страхования из числа предложенных Страховщиком;

7.1.2. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты;

7.1.3. на досрочное расторжение договора страхования на основании письменного заявления Страховщику в сроки и на условиях, оговоренных договором страхования.

7.2. По договору страхования Страхователь обязан:

7.2.1. предоставлять по запросу Страховщика информацию о состоянии здоровья лиц, подлежащих страхованию;

7.2.2. уплатить страховой взнос в сроки, оговоренные в договоре страхования;

7.2.3. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

7.2.4. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье Застрахованных лиц.

7.3. По договору страхования Страховщик имеет право:

7.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования;

7.3.2. отказывать в оплате медицинских услуг, обращение за которыми не является страховым случаем.

7.4. По договору страхования Страховщик обязан:

7.4.1. выдать полисы Застрахованным лицам;

7.4.2. выдать Страхователю Правила добровольного медицинского страхования;

7.4.3. организовать предоставление медицинских услуг Застрахованным лицам;

7.4.4. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных при наступлении страхового случая;

7.4.5. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования;

7.4.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом).

7.5. Застрахованное лицо по договору страхования имеет право:

7.5.1. на получение услуг в соответствии с договором страхования;

7.5.2. сообщить Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по договору страхования;

7.5.3. на получение дубликата полиса в случае его утраты.

7.6. По договору страхования Застрахованное лицо обязано:

7.6.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по договору страхования;

7.6.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

## **8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

8.1. Застрахованному лицу при наступлении страхового случая оказываются услуги при предъявлении им страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.

Для получения услуг по договору страхования Застрахованное лицо обращается в учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику по указанным им телефонам.

8.2. Медицинские и / или сервисные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком и / или его ассистанской компанией, оказывают услуги, предусмотренные договором страхования и выбранными программами, включая медико-транспортные услуги, в том числе экстренную эвакуацию (репатриацию).

8.3. В соответствии с условиями договора, заключенного Страховщиком и / или его ассистанской компанией с медицинскими и / или сервисными учреждениями, оплата услуг производится путем безналичных расчетов авансом или по счету, выставленному за фактически оказанные услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования, в оговоренный договором срок (ежемесячно, ежеквартально).

8.4. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг оговоренному в договоре объему, требованиям профессиональных медицинских стандартов, сроки предоставления и выполнение других положений договора страхования, а также при необходимости проводит экспертизу качества оказанных услуг.

8.5. До оплаты счета за фактически оказанные услуги Страховщик проводит экспертизу выставленных счетов на их соответствие выбранным программам, объему страховой ответственности, утвержденным прейскурантам цен. После проведенной экспертизы и урегулирования возникших разногласий Страховщик осуществляет оплату счетов.

8.6. По окончании срока действия договора между Страховщиком и медицинским и / или сервисным учреждением или при сроке его действия более одного года, по окончании каждого календарного года стороны производят выверку взаиморасчетов. По результатам выверки составляется и подписывается акт.

## **9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

9.1. В случае необоснованного отказа медицинского и / или сервисного учреждения в предоставлении Застрахованному лицу услуг, предусмотренных договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Застрахованного лица, принимает меры для организации представления необходимых услуг и их оплаты в объеме страховой ответственности.

Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, состоящей из представителей Страховщика, Застрахованного лица и медицинского и / или сервисного учреждения, а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

9.2. Ответственность Страхователя по договору страхования:

9.2.1. при установлении факта передачи страхового полиса другому лицу с целью получения последним услуг по договору страхования, Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования в отношении такого Застрахованного лица;

9.2.2. в случае получения Застрахованным лицом услуг, не относящихся к страховому случаю, Застрахованное лицо самостоятельно оплачивает эти услуги, при этом Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица.

## **10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

10.1. Споры, вытекающие из договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, разрешаются по соглашению сторон, арбитражным судом, либо судом общей юрисдикции, в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.



Стандартные страховые документы  
для заключения договоров  
добровольного медицинского страхования

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Программа № 1 Оказание услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях
2. Программа № 2 Стационарное обследование и лечение
3. Программа № 3 Медицинский ассистанс
4. Программа № 6 Скорая медицинская помощь
5. Программа № 7 Стоматологическая помощь
6. Программа № 8 Стационарное обследование и лечение (плановая госпитализация)
7. Программа АПП+ПНД+СМП (основная)
8. Программа АПП+ПНД+СМП (ограниченная)
9. Исключения из программы ДМС
10. Анкета взрослые
11. Анкета дети
12. Стандартный договор коллективного ДМС
13. Стандартный договор коллективного ДМС (лимиты)
14. Форма списка
15. Полис

## 1. ПРОГРАММА № 1

### ОКАЗАНИЕ УСЛУГ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В соответствии с программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях (в том числе специализированных центрах), выбранных Страхователем (Застрахованным лицом) из числа предложенных для медицинского обслуживания и имеющих соответствующие договоры со Страховщиком, а также на дому или на рабочем месте.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за медицинскими услугами в амбулаторно-поликлинические учреждения, выбранные из числа предложенных Страхователем.

В перечень предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком услуг в выбранном медицинском учреждении включается:

1. Поликлиническое обслуживание:
  - обследование и лечение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, пищевом отравлении и других заболеваниях;
  - оказание консультативной помощи;
  - оказание медицинской помощи, в том числе на дому;
  - проведение экспертизы временной нетрудоспособности, выдача больничных листов, направление на МСЭК.
2. Прием врачами-специалистами терапевтической службы: терапевтом, пульмонологом, кардиологом, аллергологом, фтизиатром, невропатологом, эндокринологом, ревматологом, гастроэнтерологом, дерматологом.
3. Прием врачами-специалистами хирургического отделения в урологическом, отоларингологическом, офтальмологическом, гинекологическом, хирургическом, проктологическом кабинетах и кабинете травматолога-ортопеда.
4. Проведение по назначению врача диагностических, функционально-диагностических и рентгенологических исследований, физиотерапии, восстановительного лечения.
5. Помощь на дому: выезд врачей на дом, снятие ЭКГ на дому, взятие материалов для лабораторных исследований, диагностические и лечебные манипуляции на дому.
6. Договором страхования может быть предусмотрено исключение или конкретизация отдельных пунктов настоящей программы.



## 2. ПРОГРАММА № 2

### СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

В соответствии с программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу, в случаях угрожающих жизни, предоставление медицинской помощи в стационарных медицинских учреждениях, из числа предложенных для медицинского обслуживания и имеющих соответствующие договоры со Страховщиком.

1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское учреждение за получением стационарной медицинской помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, требующем неотложного медицинского вмешательства, травме, пищевом отравлении.

2. При стационарном обслуживании возмещается стоимость услуг, оказанных Застрахованному лицу в стационарном медицинском учреждении, включая: медицинскую помощь хирургического, терапевтического и иного профиля:

2.1. Хирургического отделения:

- отделение общей хирургии;
- отделение сосудистой хирургии;
- отделение нейрохирургии;
- отделение урологии;
- отделение гинекологии;
- отделение общей экстренной хирургии.

2.2. Терапевтические отделения:

- отделение терапии;
- отделение кардиологии;
- отделение неврологии;
- отделение эндокринологии;
- экспертное отделение.

2.3. Дополнительные отделения:

- отделение реанимации и интенсивной терапии;
- отделение анестезиологии;
- операционный блок;
- отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения;
- отделение физиотерапии и восстановительного лечения;
- рентгенологическое отделение;
- отделение ультразвуковой диагностики и функциональных методов исследования;
- клиничко-диагностическая лаборатория.

2.4. Консультации профессиональных специалистов и лабораторно-инструментальные методы исследования.

2.5. Улучшенное медицинское обслуживание:

- обеспечение срочного прохождения диагностических исследований (УЗИ, бронхоскопии, гастроскопии и другого);
- предоставление возможности использования только одноразовых шприцов;
- обеспечение медикаментами и предметами для оказания медицинской помощи по назначению врача; лечебный массаж и реабилитационные мероприятия.

3. При стационарном лечении Застрахованное лицо может быть размещено в отделении, в 1-2 местной палате.

4. При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается госпитализация в профильное отделение в день обращения.

5. Медицинские услуги в стационаре оказываются Застрахованному лицу при предъявлении страхового полиса добровольного медицинского страхования, документа, удостоверяющего его личность, визы (для иностранных граждан), направления на госпитализацию, выданного лечащим врачом или врачом Страховщика.

6. Договором страхования может быть предусмотрено исключение или конкретизация отдельных позиций настоящей программы.

### 3. ПРОГРАММА № 3

#### МЕДИЦИНСКИЙ АССИСТАНС

#### страхование неотложных медицинских расходов Застрахованного лица, временно находящегося вне территории Российской Федерации

В целях служебной необходимости (командировка) оформляется Договор страхования медицинских расходов сотрудникам, выезжающим за рубеж.

Договор страхования медицинских расходов при выезде за рубеж оформляется по запросу организации для каждого конкретного сотрудника, выезжающего в командировку за рубеж. При необходимости может быть оформлен годовой Договор страхования медицинских расходов выезжающим за рубеж при многократных поездках (multy trip), но не более, чем на 90 дней.

В соответствии с программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях (в том числе специализированных центрах) при временном нахождении вне территории Российской Федерации. При возникновении страхового случая Страховщик организует оказание с последующей оплатой медицинской помощи, включая медико-транспортные услуги, в том числе экстренную эвакуацию (репатриацию).

1. Страховым случаем является риск обращения Застрахованного лица в течение срока страхования во время командировки за рубежом за медицинской помощью при остром или обострении хронического заболевания.

2. Для организации оказания медицинской помощи Застрахованному лицу необходимо позвонить по контактным телефонам Страховщика, указанным в полисе, и предупредить диспетчера. Страховщик возмещает расходы по лечению в пределах страховой суммы, оговоренной в полисе при условии признания страхового случая и добросовестном выполнении Страхователем и Застрахованным лицом своих обязательств по договору.

3. Объем необходимой медицинской помощи (покрываемые расходы):

- по стационарному лечению, размещению в больнице, по проведению диагностических исследований, по оплате назначенных врачом медикаментов и перевязочных средств;
- по транспортировке средством транспорта скорой помощи или иных спасательных служб в ближайшую больницу или к врачу;
- на поисково-спасательные работы по поиску, спасению и эвакуации Застрахованного из зоны стихийного бедствия, аварии, катастрофы, с иного места получения Застрахованным травмы или места какого-либо происшествия, влекущего за собой угрозу жизни Застрахованного;
- по амбулаторному лечению, включая врачебные услуги, диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты и перевязочные средства;
- по стоматологической помощи в случае:

а) если она необходима вследствие несчастного случая;

б) возникновения острой зубной боли – в размере стоимости лечения только одного зуба, но не свыше суммы установленной договором страхования:

- по медицинской эвакуации Застрахованного из-за границы к месту проживания в России (экономическим классом) или до ближайшего соответствующего медицинского учреждения, включая расходы на сопровождающее лицо, если таковое сопровождение подтверждено медицинскими показаниями. Решение об осуществлении медицинской эвакуации принимается Страховщиком исходя из медицинского состояния Застрахованного. Медицинская эвакуация не проводится при наличии медицинских противопоказаний, подтвержденных квалифицированным врачом;
- по оплате телефонных переговоров Застрахованного либо его представителя с сервисной службой, страховщиком;
- по подготовке и репатриации тела (останков) до территории России в случае смерти Застрахованного;

4. Исключения из страхового покрытия.

Не является страховым случаем и не подлежат возмещению расходы, связанные с оказанием Застрахованному любого вида услуг в случаях, если:

- расходы не подтверждены документально;
- страховой случай произошел в результате участия Застрахованного в народных волнениях, восстаниях, бунтах, войнах, активной службе Застрахованного в любых вооруженных силах или формированиях;
- страховой случай произошел в результате участия Застрахованного в спортивных соревнованиях, тренировках, катании на горных лыжах, прыжках с трамплина, занятиях акробатикой, альпинизмом, исполнении трюков, полетах, хоккее, футболе, регби, бобслее, катании на санях, участия в

любого рода гонках, ралли или соревнованиях по автоспорту, занятиях дельтапланеризмом, путешествиях на байдарках и плотах по порожистым рекам, занятиях подводным плаванием, прыжками с парашютом, спелеологией и иными мероприятиями, связанными с повышенной опасностью для жизни и здоровья (если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования);

- страховой случай произошел при выполнении работ, связанных с повышенным риском;
- страховой случай произошел в результате совершения Застрахованным противоправных действий;
- Застрахованный находился в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, что повлияло на наступление страхового события;
- расходы, связанные со страховым случаем, имели место до даты начала действия договора страхования или после даты истечения срока действия договора страхования и/или после возвращения в страну постоянного проживания;
- расходы явились следствием состояния неполного выздоровления Застрахованного лица и нахождения его в процессе лечения до отбытия в зарубежную поездку, либо у него перед выездом за границу имелись медицинские противопоказания для осуществления данной поездки;
- расходы связаны с заболеваниями, известными к моменту заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли их лечение или нет, кроме случаев, когда медицинская помощь была связана с острой болью или спасением жизни Застрахованного лица;
- путешествие было предпринято с намерением получить лечение;
- страховой случай произошел в результате прямого или косвенного воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного облучения;
- расходы связаны с курсом лечения, начатым до и продолжающимся во время действия договора страхования или если указанное путешествие было предпринято несмотря на существование медицинских противопоказаний квалифицированного врача;
- медицинская эвакуация Застрахованного была организована при отсутствии согласия Страховщика;
- в случае отказа Застрахованного, Страхователя либо их представителей от медицинской эвакуации Застрахованного, решение о которой принято страховщиком, при условии отсутствия медицинских противопоказаний для такой эвакуации;
- расходы были связаны с консультациями, обследованием, в результате которых был поставлен диагноз – беременность либо во время беременности; консультациями, обследованием и лечением осложнений беременности вне зависимости от ее сроков; а также если расходы были произведены на оплату родовспоможения и послеродового ухода за ребенком (исключения, предусмотренные настоящим абзацем, не распространяются на случаи, когда медицинская помощь была необходима для спасения жизни Застрахованной);
- расходы связаны с нервными, психическими, онкологическими заболеваниями и их обострениями, следствиями врожденных аномалий и психической заторможенностью, релаксацией;
- расходы связаны с лечением хронических заболеваний, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи для устранения непосредственной угрозы жизни и здоровью Застрахованного лица;
- страховой случай произошел в результате самоубийства, покушения на самоубийство, умышленного членовредительства, умышленных действий Страхователя или Застрахованного;
- расходы связаны с венерическими заболеваниями, СПИДом или любым подобным синдромом;
- лечение вызвано прямым или косвенным воздействием солнечного излучения (солнечный ожог, солнечный удар, солнечная аллергия);
- расходы связаны с лечением инфекционных заболеваний, которые могли быть предотвращены заблаговременной вакцинацией или которые явились следствием нарушения профилактических мероприятий после контакта с носителем;
- расходы связаны с любым протезированием;
- расходы на медицинские осмотры или уход не связанные с внезапным заболеванием или травмой;
- расходы связаны с реабилитацией после тяжелых заболеваний, в том числе по оплате услуг врача-реабилитолога, физиотерапевтической помощи, массажу, лечебной физкультуре, иглорефлексотерапии;
- расходы связаны с косметической или пластической хирургией;
- расходы связаны с услугами, предоставляемыми больницей, врачом или медсестрой, которые не являются обязательными для диагностики и лечения (дополнительные услуги);
- расходы связаны с проведением профилактических вакцинаций, дезинфекции, врачебной экспертизы;
- лечение осуществлялось родственниками Застрахованного;

- лечение осуществлялось медицинским учреждением или лицом, не имеющим прав и лицензий на осуществление медицинской деятельности;
- расходы связаны с закупкой и ремонтом средств медицинской техники;
- лечение может быть отложено до возвращения застрахованного в страну постоянного проживания;
- расходы на поисково-спасательные работы, если происшествие, повлекшее необходимость их осуществления возникло (началось) до прибытия Застрахованного в зону происшествия;
- расходы связаны с пребыванием в санаториях и домах отдыха и тому подобное.

5. Договор страхования действует вне территории Российской Федерации при условии нахождения Застрахованного лица при исполнении служебных обязанностей, предусмотренных трудовым договором Застрахованного со Страхователем (в период нахождения в командировке, что подтверждается документально).

6. Обязанности сторон при наступлении страхового случая.

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обязано уведомить о происшедшем Страховщика путем обращения в диспетчерскую службу по телефону/факсу, указанному Страховщиком.

Страховщик возмещает стоимость оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг медицинскому учреждению, производящему услуги, в пределах страховой суммы.

В случае необходимости или при улучшении состояния, по согласованию с лечащим врачом, Страховщик организует репатриацию Застрахованного лица в соответствии со страховой суммой по договору страхования.

Репатриация может осуществляться любым видом транспорта по согласованию со Страховщиком.

Прочие обязанности сторон изложены в страховом Полисе.

#### 4. ПРОГРАММА № 6

##### СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В соответствии с программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг скорой медицинской помощи.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за медицинскими услугами в связи с острым заболеванием (травмой), требующим экстренной медицинской помощи.

В перечень предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком услуг включается:

1. Выезд бригады скорой медицинской помощи по месту нахождения Застрахованного лица;
2. Проведение диагностических и экстренных лечебных мероприятий;
3. Транспортировка Застрахованного лица в стационар.

## 5. ПРОГРАММА № 7

### СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В соответствии с программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу медицинских стоматологических услуг в амбулаторно-поликлинических стоматологических учреждениях (в том числе специализированных центрах), выбранных Страхователем (Застрахованным лицом) из числа предложенных для медицинского обслуживания и имеющих соответствующие договоры со Страховщиком.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за медицинскими стоматологическими услугами в амбулаторно-поликлинические стоматологические учреждения, выбранных из числа предложенных Страхователем.

В перечень предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком услуг в выбранном медицинском стоматологическом учреждении включается:

- Приемы, консультации специалиста
- Функциональная диагностика
- Анестезиологические манипуляции
- Терапевтическая стоматология в т.ч.:
- Лечение кариеса, пульпита.

Договором страхования может быть предусмотрено исключение или конкретизация отдельных позиций настоящей Программы.

### СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ (ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ)

В соответствии с программой Страховщик организует предоставление Застрахованному лицу, в случаях угрожающих жизни, предоставление медицинской помощи в стационарных медицинских учреждениях, из числа предложенных для медицинского обслуживания и имеющих соответствующие договоры со Страховщиком.

1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинское учреждение за получением плановой стационарной медицинской помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, требующем планового медицинского вмешательства.

2. При стационарном обслуживании возмещается стоимость услуг, оказанных Застрахованному лицу в стационарном медицинском учреждении, включая: медицинскую помощь хирургического, терапевтического и иного профиля:

2.1. Хирургического отделения:

- отделение общей хирургии;
- отделение сосудистой хирургии;
- отделение нейрохирургии;
- отделение урологии;
- отделение гинекологии;
- отделение общей экстренной хирургии.

2.2. Терапевтические отделения:

- отделение терапии;
- отделение кардиологии;
- отделение неврологии;
- отделение эндокринологии;
- экспертное отделение.

2.3. Дополнительные отделения:

- отделение реанимации и интенсивной терапии;
- отделение анестезиологии;
- операционный блок;
- отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения;
- отделение физиотерапии и восстановительного лечения;
- рентгенологическое отделение ;
- отделение ультразвуковой диагностики и функциональных методов исследования;
- клиничко-диагностическая лаборатория.

2.4. Консультации профессиональных специалистов и лабораторно-инструментальные методы исследования.

2.5. Улучшенное медицинское обслуживание:

- обеспечение срочного прохождения диагностических исследований (УЗИ, бронхоскопии, гастроскопии и другого);
- предоставление возможности использования только одноразовых шприцов;
- обеспечение медикаментами и предметами для оказания медицинской помощи по назначению врача; лечебный массаж и реабилитационные мероприятия.

3. При плановом стационарном лечении Застрахованное лицо может быть размещено в отделении, в 1-2 местной палате.

4. При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается госпитализация в профильное отделение в день обращения.

5. Медицинские услуги в стационаре оказываются Застрахованному лицу при предъявлении страхового полиса добровольного медицинского страхования, документа, удостоверяющего его личность, визы (для иностранных граждан), направления на госпитализацию, выданного лечащим врачом или врачом Страховщика.

6. Договором страхования может быть предусмотрено исключение или конкретизация отдельных позиций настоящей программы.



## 7. ПРОГРАММА АПП+ПНД+СМП (ОСНОВНАЯ)

Объем услуг, предоставляемых Застрахованному лицу:

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за медицинскими услугами в одно из амбулаторно-поликлинических учреждений, выбранных из числа предложенных Страхователем, по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления.

### 1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (АПП):

- Прием врача в клинике.
- Вызов врача на дом по заболеванию.
- Разработка врачом общей практики (терапевтом) индивидуального плана лечения пациента.
- Оформление медицинской документации (выдача листов нетрудоспособности, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий, оформление выписок из амбулаторных карт и т.д.).

*Наблюдение специалистов:*

▪ терапевт	▪ дерматолог
▪ пульмонолог	▪ невролог
▪ кардиолог	▪ аллерголог
▪ хирург	▪ проктолог
▪ отоларинголог	▪ нефролог
▪ окулист (включая подбор очков)	▪ гинеколог
▪ маммолог	▪ уролог
▪ эндокринолог	▪ фтизиатр (первичная консультация)
▪ инфекционист	▪ онколог (первичная консультация)
▪ гематолог (первичная консультация)	▪ травматолог-ортопед
▪ ревматолог	▪ физиотерапевт
▪ артролог	▪ флеболог (при наличии данного специалиста в ЛПУ)
▪ гастроэнтеролог	▪ ангиолог (первичная консультация)

*Лабораторные и инструментальные исследования:*

▪ лабораторные анализы крови, мочи и других сред организма (в том числе: гормональные, ПЦР - исследования, аллергологические за исключением панели аллергенов, иммунологические исследования - антитела к ткани щитовидной железы, Jg E общий, гистологические исследования, исключая исследования на онкомаркеры).	▪ рентгенодиагностика (включая маммографию, КТ, МРТ по медицинским показаниям).
▪ ультразвуковая диагностика (включая УЗИ молочных желез, эхокардиографию, доплеровские и дуплексные исследования сосудов по медицинским показаниям).	▪ функциональная диагностика (включая ФВД, ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, Холтеровское мониторирование и суточное мониторирование АД)
	▪ эндоскопическая диагностика (включая эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, бронхоскопия и др.)

*Медицинские процедуры и манипуляции:*

▪ внутримышечные инъекции, внутривенные инъекции и вливания на базе ЛПУ	▪ лечебный массаж (1 курс 10 сеансов) по медицинским показаниям на базе ЛПУ
▪ физиотерапевтические процедуры (1 курс 10 сеансов каждого вида лечения по каждому виду заболевания)	▪ ЛФК (1 курс 10 сеансов, занятия в группе)

### 2. Вызов врача на дом (в пределах МКАД) по графику работы ЛПУ. (ПНД)

### 3. Скорая медицинская помощь (СМП)

*В перечень предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком услуг включается:*

- Выезд бригады скорой медицинской помощи по месту нахождения Застрахованного (круглосуточно);
- Проведение диагностических и экстренных лечебных мероприятий;
- Транспортировка Застрахованного лица в стационар (в случае включения в программу экстренной госпитализации).

## 8. ПРОГРАММА АПП+ПНД+СМП (ОГРАНИЧЕННАЯ)

Объем услуг, предоставляемых Застрахованному лицу:

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за медицинскими услугами в одно из амбулаторно-поликлинических учреждений, выбранных из числа предложенных Страхователем, по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления.

### 1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание (АПП):

- Прием врача в клинике.
- Вызов врача на дом по заболеванию.
- Разработка врачом общей практики (терапевтом) индивидуального плана лечения пациента.
- Оформление медицинской документации (выдача листов нетрудоспособности, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий, оформление выписок из амбулаторных карт и т.д.).

#### Наблюдение специалистов:

▪ терапевт	▪ инфекционист	▪ нефролог
▪ пульмонолог	▪ ревматолог	▪ гинеколог
▪ кардиолог	▪ артролог	▪ уролог
▪ хирург	▪ гастроэнтеролог	▪ эндокринолог
▪ отоларинголог	▪ дерматолог	▪ онколог (первичная консультация)
▪ окулист (включая подбор очков)	▪ невролог	▪ травматолог-ортопед
▪ маммолог	▪ аллерголог	▪ физиотерапевт
	▪ проктолог	▪ флеболог (при наличии данного специалиста в ЛПУ)

#### Лабораторные и инструментальные исследования:

▪ лабораторные анализы крови, мочи и других сред организма (гормональные исследования – не более 4 гормонов в год, ПЦР-диагностика – не более 5 исследований в год, исключая аллергологические и иммунологические исследования, исследования на онкомаркеры, гистологические и бактериологические исследования)	▪ рентгенодиагностика (включая маммографию, исключая: КТ, МРТ).
▪ ультразвуковая диагностика (включая эхокардиографию, исключая доплеровские и дуплексные исследования сосудов)	▪ функциональная диагностика (включая ФВД, ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ. Холтеровское мониторирование и суточное мониторирование – один раз за период страхования)
	▪ эндоскопическая диагностика (включая эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, бронхоскопия и др.)

#### Медицинские процедуры и манипуляции:

▪ внутримышечные инъекции, внутривенные инъекции и вливания на базе ЛПУ	▪ классический лечебный массаж (1 курс 10 сеансов) по медицинским показаниям на базе ЛПУ
▪ физиотерапевтические процедуры (1 курс 10 сеансов каждого вида лечения, но не более 2-х видов по одному заболеванию)	▪ ЛФК (1 курс 10 сеансов, занятия в группе)

2. Вызов врача на дом (в пределах МКАД) по графику работы ЛПУ. (ПНД)

3. Скорая медицинская помощь (СМП)

*В перечень предоставляемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком услуг включается:*

- Выезд бригады скорой медицинской помощи по месту нахождения Застрахованного (круглосуточно);
- Проведение диагностических и экстренных лечебных мероприятий;
- Транспортировка Застрахованного лица в стационар (в случае включения в программу экстренной госпитализации).

## 9. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДМС

Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению Страховщиком.

### 1. Заболевания и состояния:

- травмы, ожоги, отморожения, полученные в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, в результате участия в военных действиях, гражданских волнениях, беспорядках, митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением служебных обязанностей; умышленное причинение себе телесных повреждений;
  - покушение на самоубийство;
  - алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
  - ВИЧ-инфекция, приобретенный иммунодефицит неясного генеза (после постановки диагноза) гепатиты (А, С, В и др.) и их осложнения;;
  - Заболевания (инфекции), передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея, цитомегаловирусная инфекция, хламидиоз, уреаплазмоз, урогенитальный микоплазмоз, гарднереллез, папилломовирусная инфекция, трихомоноз и др.) и их осложнения, лечение и контроль лечения ЗППП;
  - особо опасные инфекции (чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контактные вирусные геморрагические лихорадки), нейроинфекции;
  - чесотка, педикулез, псориаз, микозы, экзема, нейродермит, герпес, демодекоз;
  - психические заболевания, психозы, психоневротические расстройства, различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психогенной сферы, эпилепсия;
  - онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей), доброкачественные новообразования, а также их осложнения (с момента постановки диагноза);
  - туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз;
  - бронхиальная астма, гормонозависимая форма;
  - сахарный диабет (1 и 2 типа) и его осложнения;
  - глаукома, хориоретинальные дистрофии, косоглазие;
  - врожденные и наследственные заболевания, в том числе крови и кроветворных органов, опорно-двигательного аппарата; церебральный паралич, демиелинизирующие заболевания;
  - системные заболевания соединительной ткани (ревматизм и др.), а также все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, рассеянный склероз;
  - хроническая почечная и печеночная недостаточность, амилоидоз;
  - заболевания органов и тканей, требующие сложного и реконструктивного оперативного лечения (проведения коронарографии, аорто-коронарного шунтирования, имплантации кардиостимулятора, трансплантации, ауто трансплантации, эндопротезирования, протезирования, имплантации, остеосинтеза, пластической хирургии и т.д.), нейрохирургические вмешательства;
  - острые и хронические лучевые поражения;
  - косметические дефекты лица, тела, конечностей (в том числе мозоли, бородавки, контагиозные моллюски, невусы, папилломы, родинки, алопеция и т.д.);
  - профессиональные заболевания;
  - инвалидность I, II группы;
  - прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями вне зависимости от срока беременности;
  - планирование семьи (диагностика и лечение различных форм бесплодия и импотенции, генетическое консультирование), беременность, подбор контрацептивных средств (включая введение и удаление ВМС).

### 2. Методы диагностики и лечения:

- определение иммунного и гормонального статуса, аллергодиагностика (в том числе кожные скарификационные пробы, диагностика лекарственной аллергии), ПЦР-диагностика, бактериологические исследования (кроме первичной диагностики кишечных инфекций и дифтерии), определение чувствительности к антибиотикам, исследование на дисбактериоз, определение онкомаркеров, маркеров остеопороза, гистологические исследования, биопсия;
- суточное мониторирование АД, холтеровское мониторирование, велоэргометрия, тредмил-тест;

- магнито-резонансная томография, компьютерная томография, денситометрия, радиоизотопная диагностика, доплеровские, дуплексные и другие исследования сосудов, исследования с использованием контрастных веществ;
- мониторинговое исследование сна, диагностика и лечение по методу Фолля, аурикулодиагностика, дерматоглифика, фармако-, электро- и термопунктура, биолокационная диагностика и коррекция, суггестивная терапия, занятия на тренажерах, солярий и т.д.;
- экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмоферез, лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови и т.д.), терапия с применением компонентов крови и эндоглобулинов, манипуляции, связанные с применением лазерных установок в хирургических специальностях, склеротерапия, применение лимфопресса, эндоскопические операции;
- малые гинекологические оперативные вмешательства (при отсутствии кровотечения и некроза);
- лечение методами лазерной вапоризации, радиоволновой хирургии;
- лечение в стационаре одного дня;
- лечебная физкультура (более 10 групповых занятий, индивидуальные занятия), лечебный классический массаж по медицинским показаниям (более 10 процедур), гидромассаж, водные (бассейн, ванны и др.), термические (сауна) процедуры, грязевые аппликации, колоногидротерапия, гипербарическая и нормобарическая оксигенация, мануальная терапия, иглотерапия, электромагнито- и лазеростимуляция, вакуумная терапия, ударно-волновая терапия, гомеопатия, ароматерапия, гирудотерапия, механотерапия;
- коррекция зрения с помощью контактных линз, методы лазерной диагностики и хирургии;
- курсовые врачебные манипуляции и курсовые процедуры;
- динамическое наблюдение пациентов вне обострения хронических заболеваний;
- оздоровительные мероприятия, реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление после травм, оперативных вмешательств и заболеваний; коррекция веса;
- диспансеризация, профилактические осмотры врачей-специалистов, консультации и лечение у профессора, психоаналитика, врача-экстрасенса, психиатра, психотерапевта, психоневролога, нарколога, диетолога, сексолога, гомеопата, врачей центров народной и нетрадиционной медицины;
- протезирование всех видов, в том числе трансплантация, зубопротезирование и подготовка к нему, включая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб без медицинских показаний и пр.; восстановление разрушенной более чем на 50% коронковой части зуба, имплантация зубов. Услуги, оказываемые в профилактических (герметизация фиссур, снятие зубного налета, покрытие зубов фтор содержащими препаратами и лаками и пр.) и косметических (косметическое восстановление зубов, в том числе с применением виниров и ламинатов, отбеливание зубов и пр.) целях. Лечение некариозного поражения твердых тканей зубов (клиновидный дефект, повышенная стираемость эмали, эрозия, флюороз, гипоплазия эмали, деминерализация, гиперестезия эмали). Лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими конструкциями. Устранение ортодонтических нарушений у детей и взрослых. Общая анестезия. Панорамная рентгенография;
- медицинское освидетельствование с выдачей справок на ношение оружия, автовождение, посещение бассейна, для поездки за рубеж, для трудоустройства, для поступления в средние и высшие учебные заведения 086У, для получения кредита в банке, оформление санаторно-курортной карты, посылного листа на МСЭК и т.п.;
- обследование перед плановой госпитализацией, консультация врача стационара, плановая госпитализация;
- индивидуальный пост у постели больного, медсестринский уход на дому;
- медицинские услуги, не предписанные врачом;
- обследование по рекомендации врачей сторонних ЛПУ, при самостоятельном обращении застрахованного в данное ЛПУ;
- расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов, перевязочных и расходных материалов;
- не оплачивается Страховщиком стоимость трансплантантов, протезов, эндопротезов, имплантантов и ряда других аналогичных медицинских изделий, а также расходы на приобретение медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях;
- Профилактические прививки взрослым (старше 18 лет).

*Если иное не предусмотрено Программой страхования.*

## 10. АНКЕТА ВЗРОСЛЫЕ

### АНКЕТА

данные о Страхователе

ф.и.о.

---

телефон, e-mail

---

данные о Застрахованном (все нижеперечисленные вопросы адресуются к Застрахованному лицу)

ф.и.о.

---

дата рождения \_\_\_\_\_ вес \_\_\_\_\_

рост \_\_\_\_\_

адрес (с ближайшей станцией метро)

---

телефон \_\_\_\_\_

Обращались ли Вы к врачу в течение последнего года? (нет/да, если да, то укажите специальность врача, заключение)

---

Находились ли Вы на стационарном лечении за последние 5 лет? (нет/да, если да, то укажите: заключение, название операции)

---

Рекомендован ли Вам прием каких-либо лекарственных препаратов? (нет/да, если да, то укажите: заболевание, название препарата, дозу)

---

Рекомендовано ли Вам постоянное (диспансерное) наблюдение врача? (нет/да, если да, то укажите: специальность врача, с какого времени, заключение)

---

Были ли у Вас ранее выявлены: опухоли (доброкачественные, злокачественные), болезни крови, диабет, туберкулез? (нет/да, если да, то укажите: диагноз, когда установлен)

---

Имеете ли Вы или имели в прошлом группу инвалидности? (нет/да, если да, то укажите: причину инвалидности, группу инвалидности, дату установления, дату снятия)

---

Помимо тех, что указаны выше, были или есть у Вас другие симптомы заболеваний, расстройств, по поводу которых Вы лечились у врача? (нет/да, если да, то укажите с каким заболеванием это связано):

- сердце и сосуды

---

- легкие и грудная клетка

---

- мозг и нервная система

---

- печень, поджелудочная железа, желчный пузырь, пищевод, желудок, кишечник, прямая кишка

---

- почки, мочевого пузырь, предстательная железа, органы малого таза

---

- череп, позвоночник, суставы, кости

---

- кровь, щитовидная железа, кожа

---

- носоглотка, уши, глаза

---

*Имеете ли Вы другие патологические изменения, кроме перечисленных выше, которые выявлены у Вас при обследовании за последние 5 лет (нет/да, если да, то укажите какие)*

---

*Курите ли Вы (нет/да, если да, то укажите): сколько лет\_\_\_\_\_, сколько сигарет в день\_\_\_\_\_*

*Имели ли Вы ранее или имеете сейчас по месту работы профессиональные вредности? (нет/да, если да, то укажите какие):*

---

*Показано ли Вам проведение плановой госпитализации в течение ближайших 6 месяцев? нет/да, если да, то в связи с каким заболеванием)*

---

*Подтверждаю, что предоставленные мною сведения являются достоверными. В противном случае СК «ПАРИ» оставляет за собой право в соответствии с законодательством РФ признать Договор Добровольного медицинского страхования недействительным.*

*Дата\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_  
*подпись Страхователя (Застрахованного)*

## 11. АНКЕТА ДЕТИ

Для подтверждения намерения заключить договор страхования Страхователь должен ответить на вопросы АНКЕТЫ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ, являющейся неотъемлемой частью ДОГОВОРА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕБЕНКА. Ответы на вопросы о Страхователе и о Застрахованном лице необходимы страховой компании для оценки вероятности наступления страхового случая. Недостоверная информация о Застрахованном лице может привести к признанию договора страхования недействительным, отказу в страховой выплате. Страховая компания отвечает за полную конфиденциальность полученной информации.

### АНКЕТА О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ

1	Обращались ли Вы с ребенком к врачу в течение последнего года. Если да, то укажите специальность врача, заключение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Находился ли Ваш ребенок на стационарном лечении в текущем году? Если да, то укажите клинику, название отделения, диагноз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3	Есть ли у Вашего ребенка врожденные дефекты и/или врожденная патология? Если да, то укажите диагноз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4	Часто ли болеет Ваш ребенок ОРВИ?	<input type="checkbox"/> 2 раза в год <input type="checkbox"/> 3-4 раза в год <input type="checkbox"/> более 5 раз в год
Патология по органам и системам:		
1.	Дыхательная система:	<input type="checkbox"/> Бронхиальная астма <input type="checkbox"/> Бронхит <input type="checkbox"/> Пневмония
2	Сердечно – сосудистая система:	<input type="checkbox"/> Пороки сердца <input type="checkbox"/> Ревматизм <input type="checkbox"/> Повышенное и/или пониженное Артериальное давление
3	Пищеварительная система:	<input type="checkbox"/> Гастрит <input type="checkbox"/> Язвенная болезнь <input type="checkbox"/> Патология желчных путей и печени
4	ЛОР-органы:	<input type="checkbox"/> Хронический тонзиллит <input type="checkbox"/> Аденоиды <input type="checkbox"/> Гайморит <input type="checkbox"/> отит
5	Орган зрения	<input type="checkbox"/> Близорукость <input type="checkbox"/> Дальнозоркость <input type="checkbox"/> косоглазие
6	Опорно- двигательный аппарат	<input type="checkbox"/> Сколиоз <input type="checkbox"/> Плоскостопие <input type="checkbox"/> Косолапость
7	Нервно-психическая сфера	<input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Повышенная возбудимость <input type="checkbox"/> Нарушение сна
8	Эндокринная система	<input type="checkbox"/> Сахарный диабет <input type="checkbox"/> Патология щитовидной железы <input type="checkbox"/> Избыточный вес
9	Были ли у Вашего ребенка острые аллергические реакции?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
12	Отмечались ли у матери патология беременности и/или родов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Я заявляю, что мои ответы являются полными и достоверными. Я предупрежден о последствиях предоставления страховой компании недостоверной информации. Я разрешаю врачам или лечебным учреждениям, имеющим информацию о состоянии моего здоровья, предоставлять ее в Страховую компанию «ПАРИ». Я обязуюсь сообщать в страховую компанию обо всех изменениях вышеприведенных сведений в сроки, установленные Правилами страхования.

Страхователь (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_



## 12. СТАНДАРТНЫЙ ДОГОВОР КОЛЛЕКТИВНОГО ДМС

### ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ (Л) ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_  
г.

Открытое акционерное общество «Страховая компания «ПАРИ», в дальнейшем именуемое «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_ действующего на основании \_\_\_\_\_ с одной стороны, и \_\_\_\_\_ в дальнейшем именуемое «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.

1.1. Страховщик принимает на себя оплату медицинских услуг, оказываемых гражданам, в дальнейшем именуемых «Застрахованными лицами», в пользу которых Страхователем заключен настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее по тексту - Договор страхования).

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных лиц (Приложение № 1 к настоящему Договору) с указанием Программ страхования по каждому Застрахованному.

1.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованным лицам, определяется в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования (Приложение № 2 к настоящему Договору) и страховой суммой.

1.3. Страховщик в пятидневный срок после зачисления на расчетный счет Страховщика полной суммы страховой премии, выдает, в соответствии со списком, каждому Застрахованному лицу через Страхователя Страховой полис с указанием срока его действия и Приложение к Страховому полису с индивидуальной Программой страхования и перечнем медицинских учреждений, в которых будут оказываться медицинские и сервисные услуги.

1.4. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора составляет \_\_\_\_\_ человек:

в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_,

в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_,

в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_,

в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_.

1.5. Страховыми случаями являются обращения Застрахованного лица в период действия договора страхования в медицинское и / или сервисное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, за услугами по поводу травмы, обострения хронического заболевания, пищевого отравления и других заболеваний, восстановительного лечения или смерти Застрахованного. Услуги предоставляются Застрахованному лицу путем оказания консультативной, профилактической, экстренной медицинской помощи, медико-транспортных услуг, услуг по эвакуации и репатриации с осуществлением Страховщиком страховых выплат в пределах страховой суммы (лимита ответственности). Услуги предоставляются в порядке и на условиях, предусмотренных договором страхования и Программами страхования.

1.6. Страховщик освобождается от оплаты полученных Застрахованным лицом услуг, если они:

а) не предусмотрены договором страхования (программой страхования);

б) входят в "Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению" (Приложение № 3 к настоящему договору).

#### 2. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

2.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по данному Договору.

Общий размер страховой суммы составляет: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
рублей.

по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) рублей,

по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) рублей,

по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) рублей,

по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) рублей.

2.2. Страховая премия по настоящему договору устанавливается в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

по Программе № \_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей,  
по Программе № \_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей,  
по Программе № \_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей,  
по Программе № \_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

2.3. Страховые взносы уплачиваются Страхователем в следующем порядке - \_\_\_\_\_

### 3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Договор заключается на срок один год с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ года.

3.2. Договор считается заключенным после его подписания обеими сторонами и вступает в силу по истечении трех рабочих дней с момента уплаты страховой премии (первого взноса).

### 4. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

4.1. Застрахованному лицу при наступлении страхового случая оказываются услуги при предъявления им страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.

Для получения услуг по договору страхования Застрахованное лицо обращается в учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику.

4.2. Медицинские и / или сервисные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги, предусмотренные договором страхования и программами страхования.

4.3. В соответствии с условиями договора, заключенного Страховщиком с медицинскими и / или сервисными учреждениями, оплата услуг производится путем безналичных расчетов авансом или по счету, выставленному за фактически оказанные услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования, в оговоренный договором срок.

4.4. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг оговоренному в договоре объему, требованиям профессиональных медицинских стандартов, сроки предоставления и выполнение других положений договора страхования, а также при необходимости проводит экспертизу качества оказанных услуг.

4.5. До оплаты счета за фактически оказанные услуги Страховщик проводит экспертизу выставленных счетов на их соответствие выбранным программам, объему страховой ответственности, утвержденным прейскурантам цен. После проведенной экспертизы и урегулирования возникших разногласий Страховщик осуществляет оплату счетов.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Страховщик через Страхователя вручает каждому Застрахованному лицу Страховой полис, программы страхования с уведомлением об объеме и порядке оказания медицинской помощи по Договору страхования, и Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению.

5.2. При установлении факта передачи Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса другому лицу с целью получения последним услуг по Договору страхования, Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица.

5.3. В случае необоснованного отказа медицинского учреждения в предоставлении Застрахованному лицу услуг, предусмотренных Договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Застрахованного лица, принимает меры для организации предоставления необходимых услуг и их оплаты в полном объеме.

Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, созданной из представителей Страховщика, Застрахованного лица и медицинского учреждения, а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

5.4. В случае получения Застрахованным лицом услуг, не относящихся к страховому случаю, Застрахованное лицо самостоятельно оплачивает эти услуги, или Страховщик выставляет счет за эти оказанные услуги Страхователю, при этом Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного лица.

5.5. Страхователь имеет право в течение срока действия договора страхования заменить одно застрахованное лицо другим путем внесения изменений в список застрахованных лиц.

Страхователь имеет право увеличить количество застрахованных лиц путем внесения по согласованию со Страховщиком изменений в список застрахованных лиц и уплаты соответствующего дополнительного страхового взноса.

Страхование новых сотрудников и перевод на другую медицинскую программу Застрахованных прекращается за 3 месяца до окончания действия Договора.

5.6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации.

## 6. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору:

6.1.1. по истечении срока действия Договора страхования;

6.1.2. в случае смерти Застрахованного лица;

6.1.3. при неуплате Страхователем страховых взносов в установленные Договором страхования сроки;

6.1.4. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме – а именно в случае выплаты страхового обеспечения в размере соответствующего лимита ответственности;

6.1.5. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом и не имеющего правопреемника;

6.1.6. при ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

6.1.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Договор страхования может быть досрочно прекращен по требованию Страхователя при уведомлении им Страховщика не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования. Уплаченные страховые взносы при этом не возвращаются.

## 7. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. \_\_\_\_\_

## 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры и разногласия между сторонами по настоящему Договору страхования, если они не будут разрешены путем переговоров, рассматриваются арбитражным судом в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

## 9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Страховщик :	
Банковские реквизиты:	

Страхователь:	
Банковские реквизиты:	

<u>Приложение:</u>	1. Список Застрахованных лиц 2. Программы добровольного медицинского страхования 3. Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению 4. Правила добровольного медицинского страхования.
--------------------	--

За Страховщика:

За Страхователя:

\_\_\_\_\_  
(подпись, печать)

\_\_\_\_\_  
(подпись, печать)

### 13. СТАНДАРТНЫЙ ДОГОВОР КОЛЛЕКТИВНОГО ДМС (ЛИМИТЫ)

#### ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ (Л) ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_  
г.

Открытое акционерное общество «Страховая компания «ПАРИ», в дальнейшем именуемое «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_ действующего на основании \_\_\_\_\_ с одной стороны, и \_\_\_\_\_ в дальнейшем именуемое «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.

1.1. Страховщик принимает на себя оплату медицинских услуг, оказываемых гражданам, в дальнейшем именуемых «Застрахованными лицами», в пользу которых Страхователем заключен настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее по тексту - Договор страхования).

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных лиц (Приложение № 1 к настоящему Договору) с указанием Программ страхования по каждому Застрахованному.

1.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованным лицам, определяется в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования (Приложение № 2 к настоящему Договору) и страховой суммой.

1.3. Страховщик в пятидневный срок после зачисления на расчетный счет Страховщика полной суммы страховой премии, выдает, в соответствии со списком, каждому Застрахованному лицу через Страхователя Страховой полис с указанием срока его действия и Приложение к Страховому полису с индивидуальной Программой страхования и перечнем медицинских учреждений, в которых будут оказываться медицинские и сервисные услуги.

1.4. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора составляет \_\_\_\_\_ человек:

в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_,  
в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_,  
в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_,  
в том числе \_\_\_\_\_ человек по Программе № \_\_\_\_\_.

1.5. Страховыми случаями являются обращения Застрахованного лица в период действия договора страхования в медицинское и / или сервисное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, за услугами по поводу травмы, обострения хронического заболевания, пищевого отравления и других заболеваний, восстановительного лечения или смерти Застрахованного. Услуги предоставляются Застрахованному лицу путем оказания консультативной, профилактической, экстренной медицинской помощи, медико-транспортных услуг, услуг по эвакуации и репатриации с осуществлением Страховщиком страховых выплат в пределах страховой суммы (лимита ответственности). Услуги предоставляются в порядке и на условиях, предусмотренных договором страхования и Программами страхования.

1.6. Страховщик освобождается от оплаты полученных Застрахованным лицом услуг, если они:

а) не предусмотрены договором страхования (программой страхования);  
б) входят в "Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению" (Приложение № 3 к настоящему договору).

#### 2. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

2.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по данному Договору. Общий размер страховой суммы составляет: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

2.2. Лимит ответственности Страховщика - максимальная сумма страхового обеспечения, которая может быть выплачена в счет оказанных застрахованным лицам медицинских услуг в рамках соответствующей программы страхования, устанавливаются:

по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей,  
по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей,  
по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей,  
по Программе № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

2.3. Соответствующие вышеуказанные лимиты ответственности уменьшаются на величину выплаченного страхового обеспечения в рамках соответствующей программы страхования.

2.3.1. Страхователь при уплате дополнительного страхового взноса имеет право восстановить лимит ответственности по программе страхования, лимит по которой исчерпан.

2.4. Страховая премия по настоящему договору устанавливается в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

2.5. Страховые взносы уплачиваются Страхователем в следующем порядке - \_\_\_\_\_

### **3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

3.1. Договор заключается на срок один год с «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ года.

3.2. Договор считается заключенным после его подписания обеими сторонами и вступает в силу по истечении трех рабочих дней с момента уплаты страховой премии (первого взноса).

### **4. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

4.1. Застрахованному лицу при наступлении страхового случая оказываются услуги при предъявлении им страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.

Для получения услуг по договору страхования Застрахованное лицо обращается в учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику.

4.2. Медицинские и / или сервисные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги, предусмотренные договором страхования и программами страхования.

4.3. В соответствии с условиями договора, заключенного Страховщиком с медицинскими и / или сервисными учреждениями, оплата услуг производится путем безналичных расчетов авансом или по счету, выставленному за фактически оказанные услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования, в оговоренный договором срок.

4.4. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг оговоренному в договоре объему, требованиям профессиональных медицинских стандартов, сроки предоставления и выполнение других положений договора страхования, а также при необходимости проводит экспертизу качества оказанных услуг.

4.5. До оплаты счета за фактически оказанные услуги Страховщик проводит экспертизу выставленных счетов на их соответствие выбранным программам, объему страховой ответственности, утвержденным прейскурантам цен. После проведенной экспертизы и урегулирования возникших разногласий Страховщик осуществляет оплату счетов.

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Страховщик через Страхователя вручает каждому Застрахованному лицу Страховой полис, программы страхования с уведомлением об объеме и порядке оказания медицинской помощи по Договору страхования, и Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению.

5.2. При установлении факта передачи Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса другому лицу с целью получения последним услуг по Договору страхования, Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица.

5.3. В случае необоснованного отказа медицинского учреждения в предоставлении Застрахованному лицу услуг, предусмотренных Договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Застрахованного лица, принимает меры для организации предоставления необходимых услуг и их оплаты в полном объеме.

Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, созданной из представителей Страховщика, Застрахованного лица и медицинского учреждения, а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

5.4. В случае получения Застрахованным лицом услуг, не относящихся к страховому случаю, Застрахованное лицо самостоятельно оплачивает эти услуги, или Страховщик выставляет счет за эти оказанные услуги Страхователю, при этом Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного лица.

5.5. Страхователь имеет право в течение срока действия договора страхования заменить одно застрахованное лицо другим путем внесения изменений в список застрахованных лиц.

Страхователь имеет право увеличить количество застрахованных лиц путем внесения по согласованию со Страховщиком изменений в список застрахованных лиц и уплаты соответствующего дополнительного страхового взноса.



5.6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации.

## 6. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по Договору:

6.1.1. по истечении срока действия Договора страхования;

6.1.2. в случае смерти Застрахованного лица;

6.1.3. при неуплате Страхователем страховых взносов в установленные Договором страхования сроки;

6.1.4. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору страхования в полном объеме – а именно в случае выплаты страхового обеспечения в размере соответствующего лимита ответственности;

6.1.5. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом и не имеющего правопреемника;

6.1.6. при ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

6.1.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.2. Договор страхования может быть досрочно прекращен по требованию Страхователя при уведомлении им Страховщика не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования. Уплаченные страховые взносы при этом не возвращаются.

## 7. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. \_\_\_\_\_

## 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры и разногласия между сторонами по настоящему Договору страхования, если они не будут разрешены путем переговоров, рассматриваются арбитражным судом в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

## 9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Страховщик :	
Банковские реквизиты:	

Страхователь:	
Банковские реквизиты:	

Приложение:	1. Список Застрахованных лиц 2. Программы добровольного медицинского страхования 3. Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению
-------------	--

За Страховщика:

\_\_\_\_\_  
(подпись, печать)

За Страхователя:

\_\_\_\_\_  
(подпись, печать)

#### 14. ФОРМА СПИСКА

Приложение № 1  
к Договору страхования № 14- /20 \_\_ (Л)

#### СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Дата рожде- ния	Адрес проживания	Контактный телефон	Программа
1.					
2.					
3.					

ЗА СТРАХОВАТЕЛЯ:

ЗА СТРАХОВЩИКА:



15. ПОЛИС

14- /200 (Л)

. . . 201 г.

г. Москва, ул. Расковой, д.34, стр.14  
р/с 40701810900000000004  
в КБ "Нацинвестпромбанк"  
т. 721-12-21

ОАО «СК «ПАРИ» приняло на страхование имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с затратами на медицинское обслуживание.

Страхователь: \_\_\_\_\_

Застрахованный: \_\_\_\_\_

Страховой риск: обращения Застрахованного лица в период действия Договора страхования в медицинское и/или сервисное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, за услугами по поводу травмы, обострения хронического заболевания, пищевого отравления и других заболеваний, восстановительного лечения или смерти Застрахованного согласно Программы страхования, указанной в Приложении к Полису.

Программы страхования №№: 1; 2; 6; 7.

Страховая сумма – \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

Лимиты ответственности по программам:

№ 1. Оказание услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях – ( ) рублей.

№ 2. Стационарное лечение – ( ) рублей.

№ 6. Скорая медицинская помощь – ( ) рублей.

№ 7. Стоматологическая помощь – ( ) рублей.

Страховая премия - \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей уплачивается единовременно

Срок действия Договора страхования: с «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Приложения: Программа страхования со списком медицинских учреждений, Перечень услуг, обращение за которыми не подлежит возмещению Страховщиком.

Правила страхования изложены на обороте Полиса.

<p>За Страховщика: ОАО «СК «Пари»</p> <p>Ведущий специалист отдела личного страхования _____/_____/_____ подпись На основании Доверенности № /0 от . .20_ г.</p>	<p>Страхователь: _____ подпись</p>
--	--

### ГОДОВЫЕ ТАРИФНЫЕ БРУТТО-СТАВКИ

(в рублях со 100 рублей страховой суммы)

ПРОГРАММЫ №№1,2,3,4,6,7 ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	ТАРИФ (руб.)
Программа №1: Оказание услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях *)	51,84
Программа №2: Стационарное обследование и лечение **)	24,23
Программа № 3: Восстановительное лечение	64,70
Программа № 4: Сервисное медикаментозное обеспечение ***)	23,45
Программа № 5: Российский медицинский ассистанс	см. ...
Программа № 6: Скорая медицинская помощь	11,30
Программа № 7: Стоматологическая помощь	44,75

\*) Применяется поправочный коэффициент (0,5-1,9), учитывающий конкретный объем медицинских услуг в соответствии с Программой №1.

\*\*\*) При размещении Застрахованного в отделении (палате) повышенной комфортности применяется повышающий коэффициент (1,05-1,5).

\*\*\*\*) Применяется поправочный коэффициент (0,5-3,0), учитывающий конкретные характеристики выбранного перечня фармацевтических препаратов, предметов медицинского назначения, а также выбор медучреждения из числа предусмотренных Договором страхования.

**ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К БАЗОВОЙ ТАРИФНОЙ СТАВКЕ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**  
(для Программ №№ 1,2,3,4,6,7)

Поло-возрастные коэффициенты			Коэффициент, учитывающий состояние здоровья Застрахованного на момент заключения договора		Коэффициент для возобновления договора, учитывающий стаж страхования и убыточность страховой суммы		Коэффициент, учитывающий количество человек, застрахованных по одному договору		Коэффициент, учитывающий рассрочку уплаты страховых взносов		Коэффициент, учитывающий характер спортивной деятельности и мероприятий	
Возраст	Пол											
	Муж.	Жен.	К <sub>1</sub> =	К <sub>2</sub> =	К <sub>3</sub> =	стаж	К <sub>4</sub> =	Количество	К <sub>5</sub> =	Срок уплаты	К <sub>6</sub> =	Вид спорта
<1 года	1,080	1,058	1 группа <sup>1)</sup>	1,000	"с нуля"	1,000	1	1,150	Едино-временно	1,000	без спортивной деятельности	1,000
1-2	1,053	1,032	2 группа <sup>2)</sup>	1,100	на 2-й год <sup>*)</sup>	0,919	2-5	1,120	в 2 срока	1,050	1-я группа <sup>4)</sup>	1,050
3-4	1,027	1,006	3 группа <sup>3)</sup>	1,200	на 3-й год <sup>*)</sup>	0,837	6-10	1,090	в 3 срока	1,100	2-я группа <sup>5)</sup>	1,100
5-9	1,000	0,980	1). Первая группа здоровья включает практически здоровых лиц отсутствием хронических заболеваний, функциональных отклонений в органах и объективных изменений; 2). Вторая группа здоровья включает лиц с установленным диагнозом хронического заболевания при отсутствии обострений в течение двух лет, или редко рецидивирующего течения; 3). Третья группа здоровья включает лиц имеющих одно или несколько хронических заболеваний часто рецидивирующего течения, а также работающих инвалидов 2, 3 группы.	*) При условии, что фактический объем страхового обеспечения за весь стаж страхования НЕ ПРЕВЫШАЕТ 70% от объема ответственности страховщика за тот же период времени.	> 3-х лет <sup>*)</sup>	0,756	11-15	1,059	в 4 срока	1,150	3-я группа <sup>6)</sup>	1,200
10-14	0,973	0,954			16-20	1,029	4). Легкая атлетика, гимнастика, плавание (исключая подводное плавание), теннис, стрельба, крокет, гольф. 5). Баскетбол, велоспорт, ручной мяч, хоккей на траве, конный спорт (исключая конные бега), водные виды спорта (исключая рафтинг), волейбол, фехтование, прыжки в воду. 6). Бейсбол, футбол, американский футбол, конные бега, подводное плавание, рафтинг, регби, спелеология, воздушные виды спорта, автотоспорт, боевые виды спор-та, зимние виды спорта, альпинизм, поло, тяжелая атлетика.					
15-17	0,933	0,915			21-25	0,999						
18-24	0,947	0,946			26-30	0,969						
25-29	0,960	0,959			31-35	0,939						
30-34	0,973	0,972			36-40	0,909						
35-39	0,987	0,998			41-45	0,878						
40-44	1,000	1,003			46-50	0,848						
45-49	1,013	1,009			более 50	0,818						
50-54	1,027	1,019										
55-59	1,040	1,030										
60-64	1,053	1,040										
65-69	1,067	1,049										
более 69	1,080	1,059										

Формула для определения общего поправочного коэффициента (K<sub>o</sub>) к тарифной брутто-ставке:

$$K_o = \prod_{i=(n)} K_i = (K_1 \text{ или } K_2) K_3 K_4 K_5 K_6 K_7$$

Пример расчета суммарного страхового взноса для комбинации Программ страхования №2, 3 ( $S_2 = 12000$  руб.,  $S_4 = 2500$  руб.) при условии, что по одному договору страхования застраховано 3 человека:

Застрахованный (п/п)	Поло-возрастные коэффициенты		Коэффициент, учитывающий состояние здоровья Застрахованного на момент заключения договора		Коэффициент для возобновления договора, учитывающий стаж страхования и убыточность страховой суммы		Коэффициент, учитывающий количество человек, застрахованных по одному договору		Коэффициент, учитывающий рассрочку уплаты страховых взносов		Коэффициент, учитывающий характер спортивной деятельности и мероприятий		
	Возраст	Пол											
		Муж.	Жен.	$K_1=$	$K_2=$	стаж	$K_4=$	Количество	$K_5=$	Срок уплаты	$K_6=$	Вид спорта	$K_7=$
1	40	1,000	xxxxx	1-я группа	1,000	"с нуля"	1,000	3	1,120	в 2 срока	1,050	без спортивной деятельности	1,000
2	33	xxxxx	0,972	1-я группа	1,000	"с нуля"	1,000		1,120	в 2 срока	1,050	без спортивной деятельности	1,000
3	10	xxxxx	0,954	1-я группа	1,000	"с нуля"	1,000		1,120	в 2 срока	1,050	1-я группа	1,050

Страховой взнос Застрахованного №1:

$$V1 = \frac{T_{62} * S_2 + T_{64} * S_4}{100} * K_0 = \frac{23,50 * 12000 + 22,97 * 2500}{100} * 1,0 * 1,0 * 1,0 * 1,12 * 1,05 * 1,0 = 3992 \text{ рублей}$$

Страховой взнос Застрахованного №2:

$$V2 = \frac{T_{62} * S_2 + T_{64} * S_4}{100} * K_0 = \frac{23,50 * 12000 + 22,97 * 2500}{100} * 0,972 * 1,0 * 1,0 * 1,12 * 1,05 * 1,0 = 3880 \text{ рублей}$$

Страховой взнос Застрахованного №3:

$$V3 = \frac{T_{62} * S_2 + T_{64} * S_4}{100} * K_0 = \frac{23,50 * 12000 + 22,97 * 2500}{100} * 0,954 * 1,0 * 1,0 * 1,12 * 1,05 * 1,05 = 3998 \text{ рублей}$$

Итоговый страховой взнос по договору страхования для указанной группы

Застрахованных с учетом всех перечисленных факторов риска составит: 11870 рублей

**СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ В РАСЧЕТЕ НА ОДНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО  
ЗА ОДИН ДЕНЬ ПРЕБЫВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ (Программа №5)  
(в %% от страховой суммы)**

СТРАХОВЫЕ РИСКИ	СРОК СТРАХОВАНИЯ (дней)						
	1-11	12-23	24-35	36-47	48-59	60-79	>79
Вариант "а"	0,00151	XX					
Вариант "б"***	0,00189	0,02079 +0,0018 0дс*11	0,04239 +0,0017 1дс*23	0,06291 +0,00162 дс*35	0,08235 +0,0015 4дс*47	0,10083 +0,0014 6дс*59	0,11835 +0,00139 дс*79
Вариант "в"*** (K=1,0)	0,00227	0,02497 +0,0021 6дс*11	0,05089 +0,0020 5дс*23	0,07549 +0,00195 дс*35	0,09889 +0,0018 5дс*47	0,12109 +0,0017 6дс*59	0,14413 +0,00147 дс*77

\*) - за каждый день свыше

\*\*) При репатриации из Европейской части России (зона 1) в страны Азии или из Азиатской части России (зона 2) в страны Европы взнос умножается на 1,5; при репатриации из России в страны Америки, Африки, Австралии взнос умножается на 2,0; при репатриации из России в страны Южной Америки взнос умножается на 2,5.

**ТАБЛИЦА ПОПРАВОЧНЫХ КОЭФФИЦИЕНТОВ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ЗАСТРАХОВАННОГО (Программа №5)**

Возраст застрахованного	Поправочный коэффициент к базовому тарифу	
	Мужчины	Женщины
до 3 лет	1,40	1,20
от 3 до 10 лет	1,30	1,10
от 10 до 16 лет	1,10	0,90
от 16 до 30 лет	0,75	0,85
от 30 до 35 лет	0,85	1,08
от 35 до 42 лет	1,00	1,12
от 42 до 50 лет	1,08	1,04
от 50 до 55 лет	1,12	1,80
от 55 до 60 лет	1,04	1,42
от 60 лет и старше	2,00	2,00

**ТАБЛИЦА ПОВЫШАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА СПОРТА (Л.№3)**

Вид спорта	Поправочный коэффициент к базовому тарифу
Легкая атлетика, гимнастика, плавание (исключая подводное плавание), теннис, стрельба, крокет, гольф	1,5
Баскетбол, велоспорт, ручной мяч, хоккей на траве, конный спорт (исключая конные бега), водные виды спорта (исключая рафтинг), волейбол, фехтование, прыжки в воду	2
Бейсбол, футбол, американский футбол, конные бега, подводное плавание, рафтинг, регби, спелеология, воздушные виды спорта, автоспорт, боевые виды спорта, зимние виды спорта, альпинизм, поло, тяжелая атлетика	3

Для группы путешественников, устанавливаются следующие понижающие коэффициенты:

- при составе группы от 3 до 9 человек 0,95
- при составе группы от 10 до 20 человек 0,90
- при составе группы от 21 до 50 человек 0,85
- при составе группы от 50 и более 0,80