Объединенная Страховая Компания
Основана в 1990г.

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Президент
Акционерного общества
"Объединенная страховая компания"

А.В. Раздьяконов

Приказ №С-400 от 05.11.2019

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

АО «Объединенная страховая компания»
443099, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94
тел./факс: (846) 212-99-55, www.osk-ins.ru

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами органа осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

а) **Страховщик** - АО «Объединенная страховая компания», осуществляющая страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной Центральным Банком Российской Федерации.

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

в) **Застрахованные** - физические лица, в пользу которых заключен договор страхования.

г) **медицинские учреждения** – организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и другие юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию или иное разрешение установленного образца на право осуществления медицинской деятельности.

д) **аптечные учреждения** – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

е) Сервисные компании – организации, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских и иных, связанных с медицинскими, услуг, а также экспертных, медико-транспортных услуг.

1.3 Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Медицинские услуги (медицинская помощь) – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Лекарственная помощь – услуги медицинских и аптечных учреждений по обеспечению Застрахованных лекарственными препаратами.

Персональные данные – информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.

Неиспользованная страховая премия – часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.

1.4. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 0 лет (с первых часов жизни), проживающих на территории Российской Федерации.

1.5. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.6. Договор страхования предусматривает организацию и оплату предоставления Застрахованному медицинской (в том числе лекарственной) помощи определенного объема и качества по программам добровольного медицинского страхования в медицинских учреждениях, имеющих лицензию установленного образца, с которыми Страховщик имеет договоры о сотрудничестве.

1.7. Страхование осуществляется согласно программам добровольного медицинского страхования (Приложение 5).

На основании настоящих правил Страховщик имеет право создавать различные страховые продукты с различным набором страховых программ. Каждому из продуктов могут быть присвоены соответствующие маркетинговые названия.

1.8. На страхование не принимаются (если договором страхования не предусмотрено иное):

а) граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

б) инвалиды 1 группы;

в) больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови,

г) граждане, госпитализированные или проходящие курс лечения на момент заключения договора страхования.

1.9. Страховщик по запросу страхователя информирует последнего:

а) обо всех предусмотренных настоящими Правилами и (или) договором страхования необходимых действиях, которые Страхователь должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

б) о предусмотренных настоящими Правилами и (или) договором страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

Вышеуказанная информация доводится до Страхователя в устной, бумажной или электронной форме.

1.10. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

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

Событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское (аптечное) учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, в течение срока действия договора страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, других заболеваниях и несчастных случаях за получением медицинской (в том числе лекарственной) помощи, предусмотренной договором страхования.

3.3. Перечень медицинских и иных услуг, в том числе лекарственной помощи, и объем страховой ответственности (страховая сумма) по договору страхования определяются программой медицинского страхования, списком медицинских учреждений, определенных договором страхования, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую (в том числе лекарственную) помощь.

3.4. Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить предоставление Застрахованным медицинской (в том числе лекарственной) помощи, соответствующей требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования.

При заключении договора страхования по программе «Лекарственное обеспечение», в дополнение к программам «Амбулаторно-поликлиническая помощь» или «Комплексная медицинская помощь», Страховщик принимает обязательство организовать предоставление и оплатить лекарственные средства, назначенные врачом при амбулаторном лечении в медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования.

3.5. Страховыми случаями не являются обращения Застрахованного:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;

в) в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

г) в связи со СПИДом, независимо от сроков выявления;

д) в связи с особо опасными инфекциями: чумой, холерой, сибирской язвой;

е) в связи с психическими болезнями, независимо от сроков выявления;

ж) в связи с оперативными вмешательствами, связанными с пересадкой органов и тканей;

з) за медицинскими и иными услугами (в том числе за лекарственной помощью), не предусмотренными договором страхования;

и) в медицинские учреждения, не определенные договором страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;

з) за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм и/или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода добровольного медицинского страхования в АО «ОСК».

Договором страхования могут быть предусмотрены также и иные события, которые не являются страховыми по договору страхования.

3.6. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является сумма, в пределах которой Страховщик обязуется оплатить оказание медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи) Застрахованным.

Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком по их усмотрению, исходя из определенных договором условий страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного, формы проведения страхования (коллективной или индивидуальной), срока действия договора страхования, перечня и стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования и категории медицинских учреждений, определенных договором страхования.

4.2. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе увеличить страховую сумму при изменении цен на медицинские и иные услуги (в том числе лекарственные средства и изделия медицинского назначения) в связи с изменением степени риска, при расширении перечня медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи), определенного договором, а также поменять медицинское учреждение, в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и программами добровольного медицинского страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

4.3. При заключении договора страхования по нескольким программам одновременно Страховщик несет ответственность по оплате медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи) в пределах страховой суммы по каждой из программ.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

5.2. При определении размера страховой премии Страховщик применяет тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, перечня медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи), размера страховой суммы, категории медицинских учреждений, определенных по договору, срока страхования, состояния здоровья Страхователя (Застрахованного), франшизы и иных условий, предусмотренных договором страхования.

При заключении договора страхования по нескольким программам одновременно размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим программам.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора: при сроке действия договора страхования до 1 месяца – пропорционально количеству дней действия договора, до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

При заключении договора страхования на срок более года Страховщик применяет коэффициент рассчитанный по следующей формуле:

Коэффициент срока = срок действия договора в месяцах (неполный месяц считается за полный) / 12.

В зависимости от категории медицинского учреждения, рода занятия застрахованных, а также региона страхования, размеры тарифных ставок по программам страхования могут изменяться в соответствии с поправочными коэффициентами (Приложение 1 к настоящим правилам).

5.3. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами представителю Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. Если договором страхования предусмотрен порядок уплаты страховой премии в рассрочку, то при неуплате очередного страхового взноса в установленные сроки, договор страхования может быть изменен или расторгнут по инициативе Страховщика в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

5.5. При заключении договора страхования по соглашению сторон может устанавливаться франшиза (невозмещаемая часть убытков).

5.6. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы, производится в следующем порядке:

а) страховая премия, исчисленная исходя из увеличенной страховой суммы, делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем в связи с увеличением страховой суммы определяется путем вычитания из суммы, определенной в соответствии с подпунктом «а» настоящего пункта, суммы, определенной в соответствии с пунктом «б» настоящего пункта.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

а) о застрахованном лице;

б) о характере события, на случай наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);

в) о размере страховой суммы;

г) о сроке действия договора.

Договор страхования должен содержать:

а) наименование сторон;

б) сроки действия договора;

в) численность застрахованных;

г) размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;

д) перечень медицинских услуг, соответствующих программам или добровольного медицинского страхования;

е) права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

6.3. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья, потребовать амбулаторную карту (ее копию), медицинскую карту (ее копию) из медицинской организации, к которой прикреплено страхуемое лицо, справку о состоянии здоровья или заполнения заявления-анкеты застрахованного (Приложение 2а).

Если сторонами не согласовано иное, предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья:

– ***группа здоровья I*** - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

– ***группа здоровья II*** - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечнососудистыми, почечно-желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

– ***группа здоровья III*** - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в год, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ишемической болезнью сердца без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции, инвалиды 2 и 3 группы. Дети от 0 лет до 5 лет и лица старше 60 лет.

6.4. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

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

6.4.2. Основанием для заключения договора является заявление Страхователя, сделанное в устной и/или письменной форме (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.4.3. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования.

6.4.4. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного сторонами (Приложение 3), и выдачи Страхователю страховых полисов (карточек) (Приложение 6 к настоящим Правилам).

6.5. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.5.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является заявление Страхователя, сделанное в устной и/или письменной форме в том числе путем заполнения заявления-анкеты (Приложение 2а).

Заявление о заключении Договора страхования может быть направлено в электронной форме с использованием официального сайта страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

6.5.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня обращения и/или подачи заявления от Страхователя.

6.5.3. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного сторонами (Приложение 3), и/или выдачи Страхователю страховых полисов (карточек) (Приложение 6 к настоящим Правилам).

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

6.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания

договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.8. При заключении договора страхования страховщик осуществляет проверку наличия имущественного интереса на основании документов, представленных страхователем вместе с заявлением на страхование.

6.9. Договор страхования, при условии подписания двумя сторонами, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

- в день поступления страховой премии (первого ее взноса) на расчетный счет Страховщика путем безналичного расчета;
- в день уплаты страховой премии (первого ее взноса) наличным платежом Страховщику.

6.10. Договор страхования может быть составлен в форме электронного документа.

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

6.11. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования, при этом положения конкретных договоров страхования будут иметь преимущественную силу над положениями настоящих правил.

7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис и/или Сертификат, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного, гарантийное письмо (направление) Страховщика.

При обращении Застрахованного (его представителя) за получением лекарственной помощи в медицинское учреждение (аптечное учреждение, являющееся структурным подразделением и действующее на правах отделения лечебно-профилактического учреждения), с которым Страховщик состоит в договорных отношениях, предъявляется рецепт установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения.

В случае необходимости Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.2. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими (аптечными) учреждениями, производится, исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским (аптечным)

учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского (аптечного) учреждения.

Взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением определяются соответствующим договором (Образец договора в Приложении 5 к настоящим Правилам).

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока его действия;

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств в размере страховой суммы (в т.ч. в отношении конкретного Застрахованного, если страховая сумма установлена на каждого Застрахованного);

8.1.3. в случае смерти Застрахованного (в отношении конкретного Застрахованного);

8.1.4. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

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

8.3. При отказе страхователя от договора в течение пятнадцати календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страхователю возвращается уплаченная им страховая премия:

8.3.1. в полном объеме – если страхователь отказался от настоящего договора до даты возникновения обязательств страховщика по договору страхования (далее - дата начала действия страхования);

8.3.2. в размере уплаченной страховой премии за вычетом части, пропорциональной сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия настоящего договора – если страхователь отказался от настоящего договора после даты начала действия страхования. По решению Страховщика часть страховой премии за период действия страхования может не удерживаться.

8.4. В случае отказа Страхователя от договора страхования по истечении пятнадцати календарных дней с момента его заключения договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если сторонами не согласовано иное.

При досрочном прекращении договора страхования не в связи с отказом Страхователя от договора, Страхователю возвращается часть страховой премии, пропорционально оставшейся части срока действия договора, за вычетом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки, если сторонами не согласовано иное.

8.5. При отказе Страхователя от договора страхования договор считается прекратившим свое действие через тридцать календарных дней с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора, если иное не согласовано сторонами или не вытекает из настоящих Правил.

При отказе Страхователя от договора страхования в течение пятнадцати календарных дней со дня его заключения договор считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора, но не позднее

пятнадцатого календарного дня со дня заключения договора.

8.6. В случае, если при досрочном прекращении договора страхования Страхователю подлежит возврату уплаченная страховая премия (либо её часть), возврат производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке:

8.6.1. в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования – при отказе от договора страхования в соответствии с пунктом 8.3. настоящих Правил;

8.6.2. в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня прекращения договора страхования – в иных случаях.

8.7. По инициативе Страховщика изменение и расторжение договора осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

9. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

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

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе или в сертификате) и в переданных Страхователю Правилах страхования, в том числе отнесение Застрахованного к иной категории по состоянию здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.6 настоящих Правил.

10.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска, последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

11.1.1. ***Застрахованный имеет право:***

а) на получение медицинских и иных услуг (лекарственной помощи) в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

11.1.2. ***Застрахованный обязан:***

а) соблюдать предписания лечащего врача, назначенные в ходе оказания медицинской (лекарственной) помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

б) соблюдать порядок пользования страховым полисом.

11.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

11.2.1. ***Страхователь обязан:***

а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплачивать взносы страховой премии в размерах и сроки, определенные договором (полисом) страхования;

в) принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованного;

г) во всех случаях прекращения договора страхования вернуть Страховщику страховой полис.

д) в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

е) довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;

ж) при коллективном страховании выдать Застрахованным страховые полисы и\или Сертификаты;

з) при заключении договора страхования (а так же при включении в договор новых застрахованных лиц) получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации

11.2.2. ***Страхователь имеет право:***

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

б) при коллективном страховании вносить изменения список Застрахованных лиц по согласованию со Страховщиком;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских и иных услуг (лекарственной помощи) в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и

утвержденными программами добровольного медицинского страхования, путем подписания соглашения к договору страхования, с соответствующим перерасчетом страховой премии;

г) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. ***Страховщик обязан:***

а) своевременно вручить страховые полисы Страхователю на каждого Застрахованного;

б) организовать предоставление Застрахованному медицинской (лекарственной) помощи, предусмотренной условиями договора страхования;

в) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных.

11.3.2. ***Страховщик имеет право:***

а) требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования; проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора;

б) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ;

в) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские и иные услуги (лекарственную помощь) путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса;

г) по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

д) в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе других учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика.

11.4. Изменение списка Застрахованных (увеличение их количества) при коллективной форме страхования осуществляется по согласованию сторон. При этом все изменения (дополнения) в договоре страхования оформляются путем заключения сторонами дополнительного соглашения, Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о дополнительно страхуемых лицах, и уплачивает за них страховую премию за период с момента заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования, страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

12. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

12.1. Страховые выплаты производятся Страховщиком в соответствии с заключенными договорами на предоставление лечебно-профилактической помощи (оказание медицинских услуг) с медицинскими (аптечными) учреждениями, либо в соответствии с заключенными договорами с сервисными компаниями. Порядок расчетов за оказанные медицинские и иные услуги определяется в договоре между Страховщиком и медицинским (аптечным) учреждением, либо сервисной компанией.

Оплата медицинскому (аптечному) учреждению, а также сервисной компании производится в течение 30 дней с момента получения подтверждающих документов, если в договоре с медицинским (аптечным) учреждением, либо сервисной компанией не предусмотрено иное.

12.2. Страхователь (Застрахованный) при возникновении страхового случая по согласованию со Страховщиком может самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги (в том числе лекарственные средства и изделия медицинского назначения) в медицинском (аптечными) учреждении, не указанном в договоре страхования, если договором не предусмотрено иное. В этом случае страховая выплата производится непосредственно Страхователю (Застрахованному) по фактически уплаченной сумме, но не выше максимальной стоимости, установленной на эти медицинские услуги (лекарственные средства и изделия медицинского назначения) в медицинском (аптечными) учреждении, указанном в договоре страхования.

Страховая выплата осуществляется на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного) с приложением документов, подтверждающих понесенные расходы по страховому случаю при предъявлении документа, удостоверяющего личность получателя страховой выплаты.

Выплата Страхователю (Застрахованному) производится в течение 30 дней с даты получения полного пакета документов.

В случае выявления факта предоставления страхователем документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик принимает документы и уведомляет в течение 15 рабочих дней страхователя о недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документах. При этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

Страховой акт не составляется, если страховщик установит, что заявленный убыток наступил не в результате страхового случая, либо имеются иные обстоятельства, препятствующие выплате страхового возмещения. В этом случае страховщик принимает решение об отказе в удовлетворении заявления страхователя и в течение 3-х рабочих дней с момента принятия решения такого решения направляет страхователю письменное уведомление с указанием оснований принятия такого решения.

12.3. В случае, если это предусмотрено договором страхования, при выплате страхового возмещения учитывается согласованная сторонами франшиза.

13. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

а) в случаях, указанных в пунктах 3.5, 3.6 Правил;

б) в случае оказания Застрахованному услуг, не предусмотренных договором или программой страхования.

в) в случае оказания Застрахованному услуг, не согласованных со Страховщиком при условии обязательного согласования, указанном в договоре страхования или договоре с медицинским учреждением;

г) в случае оказания Застрахованному услуг, не предусмотренных Лицензией медицинского учреждения;

д) в случае предоставления Застрахованным (Медицинским учреждением) Страховщику документов, не соответствующих действительности (в частности, счетов за не оказанные медицинские и иные услуги (лекарственную помощь)); некорректно оформленных документов; нарушения сроков предоставления документов на выплату.

е) в случае сообщения Застрахованным неправильных (заведомо ложных либо неполных) сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска; дачи заведомо ложной информации или умышленного сокрытия информации при заключении договора страхования и первичном осмотре, и в других случаях умышленного обмана Страховщика;

13.2. Основанием для отказа произвести страховую выплату является:

а) совершение Застрахованным умышленных действий, направленных на наступление страхового случая;

б) совершение Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

14. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

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

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Качество оказания медицинской (лекарственной) помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

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

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

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

16. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

16.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

16.2. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

16.3. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного

лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к Правилам добровольного медицинского страхования

ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию

1. Базовые тарифы при коллективной форме проведения страхования. Программы Стандарт.

(в процентах)

	Программа страхования	Тариф
1.	Амбулаторная помощь К	0,88
2.	Амбулаторная помощь Стандарт	0,78
3.	Стационарная помощь	0,15
4.	Стоматологическая помощь	0,91
5.	Амбулаторная помощь (включая лекарственную помощь)	1,09
6.	Реабилитационно-восстановительное лечение	1,04
7.	Комплексная медицинская помощь К	0,33
8.	Комплексная медицинская помощь Стандарт	0,34
9.	Комплексная медицинская помощь Стандарт (включая реабилитационно-восстановительное лечение)	0,55
10.	Комплексная медицинская помощь Комфорт	0,49
11.	Комплексная медицинская помощь Максимум	0,65

Страховщик при расчете тарифа вправе применять повышающие/понижающие коэффициенты, указанные в пункте 8 Приложения №1 к Правилам ДМС (далее Приложения).

2. Тарифы при индивидуальной форме проведения страхования. Программы Стандарт.

(в процентах)

	Программа страхования	Тариф
1.	Амбулаторная помощь К	14,36
2.	Амбулаторная помощь Стандарт	16,43
3.	Амбулаторная помощь Комфорт	17,04
4.	Стационарная помощь	3,09
5.	Комплексная медицинская помощь К	5,36
6.	Комплексная медицинская помощь Стандарт	6,00
7.	Комплексная медицинская помощь Комфорт	7,20

Страховщик при расчете тарифа вправе применять повышающие/понижающие коэффициенты, указанные в пункте 8 Приложения.

3. Программы ДМС Эконом и Плюс при коллективной форме проведения страхования.

(в процентах)

№	Программа страхования	Тариф					
		Число застрахованных по договору менее 20	Число застрахованных по договору до 50	Число застрахованных по договору до 100	Число застрахованных по договору до 500	Число застрахованных по договору до 1000	Число застрахованных по договору свыше 1000
1.	Амбулаторная помощь Эконом	11,60	9,64	8,76	8,00	6,03	4,34
2.	Стационарная помощь Эконом	2,62	2,23	2,11	1,80	1,46	1,23
3.	Комплексная помощь Эконом	6,38	5,35	4,94	4,45	3,39	2,57
4.	Амбулаторно-поликлиническое обслуживание ПЛЮС, включая стоматологическую помощь	24,10	21,56	20,65	18,06	15,35	14,38
5.	Стационарная помощь ПЛЮС	4,15	3,73	3,39	2,96	2,41	1,95
6.	Комплексная Помощь ПЛЮС (без РВЛ)	12,32	11,17	10,52	9,28	7,76	7,11
7.	Комплексная помощь ПЛЮС	11,80	10,20	9,18	8,19	6,32	5,82
8.	Скорая помощь и вызов врача на дом	8,90					

Страховщик при расчете тарифа вправе применять повышающие/понижающие коэффициенты, указанные в пункте 8 Приложения.

4. Программы ДМС Эконом и Плюс при индивидуальной форме проведения страхования.

(в процентах)

№	Программа страхования	Тарифы по группам здоровья Застрахованных		
		I группа	II группа	III группа
1.	Амбулаторная помощь Эконом	13,21	17,74	22,66
2.	Стационарная помощь Эконом	3,56	6,26	10,16
3.	Комплексная помощь Эконом	16,20	23,36	32,09
4.	Стационарная помощь ПЛЮС	6,91	12,98	29,35

Страховщик при расчете тарифа вправе применять повышающие/понижающие коэффициенты, указанные в пункте 8 Приложения.

5. Программы ДМС для малого бизнеса.

Размер страховой суммы по программе 1 000 000,00 рублей

№	Программа страхования	Тариф, руб. Число застрахованных по договору				
		от 1 до 10	**от 11 до 30**	**от 31 до 50**	**от 51 до 100**	**от 101 до 300**
1.	Диагностика (базовое покрытие)	8 000,00	7 000,00	6 000,00	5 500,00	3 500,00
2.	Поликлиника (базовое покрытие)	14 000,00	11 000,00	9 000,00	8 000,00	5 000,00
3.	Поликлиника + (базовое покрытие)	26 000,00	22 000,00	18 000,00	16 000,00	10 000,00
4.	Диагностика (расширенное покрытие)	11 000,00	9 000,00	8 000,00	7 000,00	4 000,00
5.	Поликлиника (расширенное покрытие)	21 000,00	17 000,00	15 000,00	13 000,00	7 000,00
6.	Поликлиника + (расширенное покрытие)	38 000,00	30 000,00	27 000,00	24 000,00	15 000,00
7.	Экстренный стационар	2 000,00	1 900,00	1 800,00	1 700,00	1 000,00
8.	Стационар	4 000,00	3 100,00	2 900,00	2 700,00	1 500,00
9.	Скорая помощь	1 000,00	900,00	800,00	700,00	500,00
10.	Врач в офис				1 000,00	700,00

Страховщик при расчете тарифа вправе применять повышающие/понижающие коэффициенты, указанные в пункте 8 Приложения.

6. Программы ДМС АНТИКЛЕЩ; АНТИКЛЕЩ+

(в рублях)

АНТИКЛЕЩ	Размер страховой суммы		
	250 000,00	**500 000,00**	**1 000 000,00**
Дети (возраст застрахованного до 14 полных лет)	170,00	200,00	325,00
Взрослые (возраст застрахованного свыше 14 полных лет)	190,00	250,00	380,00
Взрослые (возраст застрахованного свыше 14 полных лет , профессия связана с пребыванием в таежной и лесной зоне)	220,00	300,00	-

(в рублях)

АНТИКЛЕЩ+	Размер страховой суммы		
	250 000,00	**300 000,00**	**500 000,00**
Заключение договора страхования в период с 15 марта по 31 октября			
Дети (возраст застрахованного до 14 полных лет)	290,00	300,00	500,00
Взрослые (возраст застрахованного свыше 14 полных лет)	330,00	350,00	570,00
Заключение договора страхования в период с 1 ноября по 15 марта			
Дети (возраст застрахованного до 14 полных лет)	200,00	220,00	350,00
Взрослые (возраст застрахованного свыше 14 полных лет)	230,00	250,00	450,00

7. Программа «Врач на связи»

1.	Программа страхования	Врач на связи
2.	Размер страховой суммы, руб.	100 000,00
3.	Размер страховой премии, руб.	1 350,00

8. Страховая организация вправе использовать повышающие и понижающие коэффициенты к базовой тарифной ставке в зависимости от следующих факторов:

1) Числа лиц принимаемых на страхование (применяется к тарифам, указанным в пункте 1 Приложения):

Численность лиц принимаемых на страхование по договору	Поправочный коэффициент
от 1 до 20	2,4
От 21 до 100	2,2
Свыше 2 001	0,7

2) Ценовой категории лечебных учреждений, предусмотренных договором страхования (применяется к тарифам, указанным в пунктах 1-5 Приложения):

Ценовая категория лечебного учреждения	Поправочный коэффициент
Лечебные учреждения 1 категории	1,7
Лечебные учреждения 2 категории	1,5
Лечебные учреждения 3 категории	0,8

3) Региона страхования (применяется к тарифам, указанным в пунктах 1-5 Приложения):

Регион страхования	Поправочный коэффициент
Город	1
Область	0,8

4) Группы здоровья застрахованного (применяется к тарифам, указанным в пунктах 1-3,5 Приложения):

Группа здоровья	Поправочный коэффициент
I группа здоровья	0,54
II группа здоровья	1,00
III группа здоровья	3,04

5) Возраст застрахованного (применяется к тарифам, указанным в пунктах 1-3,5 Приложения):

Возраст застрахованного	Поправочный коэффициент
до 5 лет	1,5
от 5 до 60 лет	1
свыше 60 лет	1,5

6) Условие прямого доступа в лечебное учреждение (применяется к тарифам, указанным в пунктах 1-6 Приложения):

	Поправочный коэффициент
Условие прямого доступа в 1 лечебное учреждение	1,1
Условие прямого доступа в несколько лечебных учреждений	1,2

7) Числа лиц принимаемых на страхование (применяется к тарифам, указанным в пункте 6 Приложения применяется к тарифам, указанным в пункте 6 Приложения при страховании юридических лиц):

Численность лиц принимаемых на страхование по договору	Поправочный коэффициент
от 1 до 40	1,0
От 41 до 100	0,9
Свыше 101	0,8

8) Группы здоровья застрахованного (применяется к тарифам, указанным в пункте 6 Приложения при страховании юридических лиц):

Группа здоровья	Поправочный коэффициент
I группа здоровья	0,9
II группа здоровья	1,0
III группа здоровья	1,2

9) Применения условной франшизы (применяется к тарифам, указанным в пунктах 1-5 Приложения):

Размер условной франшизы	Поправочный коэффициент
25%	0,80
50%	0,67

10) Наличие у застрахованного страховых событий по предыдущему договору страхования (применяется к тарифам, указанным в пунктах 1-5 Приложения):

	Поправочный коэффициент
от 2х до 5 страховых событий по застрахованному	1,25
свыше 5 страховых событий по застрахованному	1,50

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к Правилам добровольного медицинского страхования

***Примечание**. Настоящий документ является образцом заявления на страхование. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид заявления может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации*

В АО «ОСК»

З А Я В Л Е Н И Е
о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____,
(наименование предприятия, организации)
в лице _____,
(должность, Ф.И.О.)

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования АО «ОСК», договор медицинского страхования по Программе _____,
с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г., в пользу _____,
адрес:_____.

Количество Застрахованных _____ человек.

С Правилами страхования, программой страхования и перечнем медицинских учреждений, оказывающих помощь Застрахованным, ознакомлен _____
(подпись)

Дополнительные условия заключения договора
_____
_____

Банковские реквизиты Страхователя:_____
_____.
Юридический адрес: _____
_____. Телефон: _____ Факс: _____.

«___» _____ 20__ г. _____
(подпись)

РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА

Принимается на страхование ___ человек с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Страховая сумма по договору составляет _____
(цифрами и прописью)

Наименование программы страхования	Страховая сумма	Количество застрахованных лиц	Тариф	Повышающие коэффициенты						Страховая премия
				Регион страхования	Группа здоровья	Тип ЛПУ	Возраст застрахованных	Число лиц, принимаемых на страхование	Условие прямого доступа	
Всего										

Страховую премию в сумме _____ руб.
(цифрами и прописью)
следует уплатить до «____» _____ 20___ г.

СТРАХОВЩИК
_____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ
_____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2а
к Правилам добровольного медицинского страхования

Объединенная Страховая Компания
Основана в 1990 г.

ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА
на добровольное медицинское страхование
от «___» _____ 20__г.

Заполненное и подписанное Заявителем настоящее Заявление является основой для заключения договора страхования и является его неотъемлемой частью. Однако из факта предоставления Страховщику подписанного Заявителем настоящего Заявления, не следует обязательства Страховщика предоставлять страховое покрытие и обязательства Страхователя в заключении договора.

Прочерки, исправления или отсутствие ответов Заявителя на поставленные вопросы, считаются отрицательным ответом.

Прошу осуществить страхование по программам, включающим следующие медицинские услуги (*отметить* ☒):

- ❑ амбулаторно-поликлиническая помощь
- ❑ стационарная помощь экстренная
- ❑ стационарная помощь плановая
- ❑ стоматологическая помощь
- ❑ вызов врача на дом
- ❑ скорая медицинская помощь

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ/ЗАЯВИТЕЛЕ		
1.1 ФИО		
1.2 Адрес	постоянной регистрации	
	фактического проживания	
1.3 Дата и место рождения		
1.4 Контактные телефоны, e-mail		
1.5 Паспортные данные: серия, номер паспорта, когда и кем выдан		
1.6 Гражданство		
1.7 Место работы, должность		
2. ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ		
2.1 ФИО		
2.2 Адрес	постоянной регистрации	
	фактического проживания	
2.3 Степень родства со страхователем		
2.4 Контактные телефоны, e-mail		
2.5 Паспортные данные: серия, номер паспорта, когда и кем выдан		
2.6. Гражданство		
2.7. Город обслуживания		
3. ИНФОРМАЦИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ		
пп. 3.1-3.3 заполняются только для лиц старше 14 лет		
3.1 Рост см Вес кг		
3.2 Артериальное давление (обычное мм.рт.ст.) Верхнее Нижнее		

3.3. **Вредные привычки** (нужное подчеркнуть):
Курение: Да Нет Среднее количество выкуриваемых сигарет в день:_____штук

Алкоголь Да Нет Количество_____мл и частота приема _____

3.4. **Характеристика рабочего места** (сменность, интенсивность, вредные условия труда)

3.5. **Состоите ли на учете в диспансерах?**
Если «да», укажите профиль диспансера и причину постановки на учет:

3.6. **Была ли Вам когда-либо присвоена группа инвалидности?** Если «да», укажите:
Причина инвалидности _____
Группа инвалидности_____ В каком году снята инвалидность_____

3.7. **Был ли госпитализирован за последние 2 года?** *Если «да», укажите:*
Год Диагноз Проведенное лечение в стационаре

3.8. **Вам приходилось вызывать бригаду скорой помощи за последние 2 года?** *Если «да», укажите:*
Год…….. Причина вызова

3.9**. Сколько раз за последние 12 мес. Вы болели ОРВИ (простудой)? _____**

3.10 **Отмечаются ли у Вас в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания** *Если «да», укажите какие***:**

Аллергические реакции	Дерматологические болезни
Бронхиальная астма	Хроническая ЛОР-патология
Повышенное артериальное давление (гипертония)	Мочекаменная болезнь
Ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт)	Урологические заболевания
Нарушения сердечного ритма	Остеохондроз позвоночника, радикулит
Инсульт	Грыжи межпозвоночных дисков
Эпилептический синдром	Повреждение суставов и связочного аппарата (указать
Онкологические (раковые) заболевания:	причину травмы)
Сахарный диабет	Простатит (для мужчин)
Язва желудка или двенадцатиперстной кишки	Аденома предстательной железы (для мужчин)
Анемия или другие заболевания крови	Мастопатия (для женщин)
Нарушения функции щитовидной железы	Кисты яичников (для женщин)
Гепатит	Эрозия шейки матки (для женщин)
Желчекаменная болезнь	Гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия или
Печеночная недостаточность	цервикального канала (для женщин)
Варикозное заболевание вен	Миома матки (для женщин)
Грыжа	Воспалительные заболевания женских органов (для женщин)
	Парадонтит, пародонтоз

3.11 **Врожденные или приобретенные пороки, аномалии развития органов и систем**
Если «да», укажите:

3.12 **Имеете ли Вы стенты, протезы (кроме стоматологических), импланты (кроме стоматологических), металлоконструкции, водители ритма и т.д.?** *Если «да», укажите какие, когда поставлены:*
3.13 **Укажите заболевания, которые у Вас отмечались или отмечаются, но не были указаны выше.**
3.13. **Рекомендовано ли Вам стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара?** *Если «да», укажите причину (заболевание/состояние):*
3.14 **Планируете ли Вы беременность в ближайшие 12 месяцев? (для женщин)**
3.15. **Вы занимаетесь каким-либо видом спорта?** *Если «да», укажите каким именно:*
3.16. **Вы обеспокоены состоянием Вашего здоровья в настоящее время?** *Если «да», укажите что именно Вас беспокоит:*
3.17. **Примерно сколько раз в год Вы обращаетесь в поликлинику (к врачу)? К какому специалисту, по какому поводу?**
3.18 **Нуждаетесь ли Вы в дополнительном обследовании:** а) нет, б)да, по поводу заболевания_____ в)плохого самочувствия.
пп. 3.17-3.24 заполняются только для страхования детей в возрасте до 3-х лет
3.17. **Возраст матери в родах (полных лет) лет**
3.18. **Была ли патология (осложнения) беременности?** *Если «да», укажите какая:*
3.19 **Была ли патология (осложнения) родов?** *Если «да», укажите какая:*
3.20. **Выписка из роддома на _____ сутки** 3.21 Оценка по шкале Апгар _____баллов
3.22 **Выявлена ли врожденная патология у ребенка? Если «да», укажите какая:**
3.23 **Был ли перевод ребенка из родильного дома в другое лечебное учреждение?** *Если «да», укажите причину (диагноз) и название клиники:* Причина перевода (Диагноз) Название клиники
3.24. **Какие были роды?** *отметить нужное* неосложненные (естественные родовые пути) плановое кесарево сечение экстренное кесарево сечение осложненные роды с родоспомогающими пособиями (наложением родовых щипцов и т.д.)

Я подтверждаю, что мне понятны все вопросы настоящей анкеты. Сообщенная мною информация достоверна, на сегодня мне не известны и не должны быть известны какие-либо иные данные о моем здоровье.

Я разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, имеющих какую-либо информацию о состоянии здоровья Застрахованного, сообщить эту информацию в АО «ОСК».

Я предоставляю АО «ОСК» право произвести индивидуальную оценку риска, и, в случае необходимости, предложить мне: изменить условия страхования (в том числе повысить тарифную ставку); предоставить дополнительные данные или пройти медицинское обследование,

Я обязуюсь обо всех изменениях, связанных с моим здоровьем и деятельностью, которые могут существенно повлиять на условия страхования, сообщить в АО «ОСК» в 14-дневный срок с момента получения информации об этих изменениях.

Я согласен с тем, что на основании моих ответов АО «ОСК» оценит степень страхового риска и определит размер страховой премии. Мне известно, что в случае предоставления мною недостоверной информации АО «ОСК» имеет право отказать в выплате страхового возмещения или расторгнуть договор без возврата суммы внесенной страховой премии.

В соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях оказания услуг в области медицинского страхования, подписывая настоящую анкету, я своей волей и в своем интересе даю Открытому акционерному обществу «Объединенная страховая компания» (сокращенное наименование АО «ОСК»), расположенному по адресу: 443010, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 94 согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (в том числе трансграничную), обезличивание, блокирование и уничтожение) указанных в настоящей анкете моих персональных данных, при этом такое согласие дается мною АО «ОСК» на весь срок моей жизни и может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи АО «ОСК» подписанного мною письменного уведомления.

Настоящее согласие дано на обработку моих персональных данных следующими способами: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать казанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Страхователь принимает на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных о Застрахованном выше.

Страхователю известно, что данное Заявление является юридической основой Договора страхования, и что в пределах данного Договора он несет полную ответственность за точность сведений, содержащихся в Заявлении.

Страхователю известно, что на основании ответов на вопросы данной анкеты о лице, принимаемом на страхование, Страховщик имеет право отказать в заключении договора добровольного медицинского страхования или ввести повышающий коэффициент.

Условия страхования, изложенные в Правилах добровольного медицинского страхования, представленных Страховщиком, мне известны; сведения, изложенные в настоящем Заявлении, являются полными и достоверными, а Заявление является составной частью договора страхования, заключенного на основании данного Заявления.

Заявитель/Страхователь/Застрахованное лицо 1: _____ /_____/
(ФИО) (подпись)

Застрахованное лицо 2: _____ /_____/
(ФИО) (подпись)

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

4.1. Группа здоровья
4.2. Программы ДМС с указанием страховой суммы
4.3 МУ (Медицинские учреждения)
4.4. Комментарии
Подпись_____дата_____

5. РАСЧЕТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ПО ДОГОВОРУ

Наименование программы страхования	Страховая сумма	Тариф	Повышающие коэффициенты						Страховая премия
			Регион страхования	Группа здоровья	Тип ЛПУ	Возраст застрахованных	Число лиц, принимаемых на страхование	Условие прямого доступа	
Всего									

Подпись_____дата_____

Условия страхования, изложенные в Правилах добровольного медицинского страхования, представленных Страховщиком, мне известны; сведения, изложенные в настоящем Заявлении, являются полными и достоверными, а Заявление является составной частью договора страхования, заключенного на основании данного Заявления.

Заявитель/Страхователь/Застрахованное лицо 1: _____ /_____/
(ФИО) (подпись)

Застрахованное лицо 2: _____ /_____/
(ФИО) (подпись)

ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Страхователь извещен, что имеет возможность изменять либо дополнять условия договора страхования, а также исключать из него те или иные условия на основании соглашения, подписанного сторонами. Предложения по изменению, дополнению или исключению условий договора страхования вносятся в письменной форме.

Подтверждаю, что Страховщик предоставил мне следующую информацию:

1) об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

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

3) о применяемых страховой организацией франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

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

6) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

7) о праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

9) о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества.

Настоящим страхователь предоставляет АО «ОСК», ОГРН 1026301414930, место нахождения: 443099, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94 (далее – Страховщик) в целях оказания услуг в области страхования и противодействия неправомерным действиям в сфере страхования, в том числе в целях передачи в Центральный Банк РФ, саморегулируемые организации страховщиков, бюро страховых историй, правоохранительные и контролирующие органы, согласие на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), как с использованием, так и без использования средств автоматизации, сообщенных мною в настоящем заявлении, а также всех полученных Страховщиком при наступлении страхового события от меня и (или) третьих лиц моих персональных данных.

Согласие дается Страховщику до момента его отзыва. При этом настоящее согласие может быть отозвано мною в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мною письменного уведомления.

☐ Да ☐ Нет

«____» _____ 20____ г. _____ _____

(подпись Страхователя) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к Правилам добровольного медицинского страхования

ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ С ЮРИДИЧЕСКИМ ЛИЦОМ

***Примечание**. Настоящий документ является образцом договора страхования. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид договора может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Д О Г О В О Р
добровольного медицинского
страхования граждан

№ _____

г._____ «___» _____ 20___ г.

АО «ОСК» (в дальнейшем по тексту - Страховщик), в лице _____
_____,
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании Устава страховой организации и лицензии от «___»_____ ____ №_____ или доверенности от «___»_____ ____ г. №_____, с одной стороны, и _____
_____
(наименование юридического лица)
(в дальнейшем по тексту - Страхователь), в лице _____
_____,
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании _____,
с другой стороны, в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования в ред. от _____» Страховщика заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страхователь поручает, а Страховщик принимает на себя обязательства по организации предоставления и оплате медицинских и иных услуг, оказываемых гражданам согласно Приложению №1 к данному договору (далее – Застрахованным лицам), при наступлении страхового случая.

1.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованным лицам, определяется предусмотренными Правилами страхования, Программами медицинского страхования (Приложение №2).

1.3. Страховщик вручает страховые полисы Страхователю на каждое Застрахованное лицо в течение 5 рабочих дней после вступления в силу настоящего Договора.

2. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

2.1. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

по программе _____ составляет _____ чел.;
по программе _____ составляет _____ чел.;
по программе _____ составляет _____ чел.;

Списки Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, паспортных данных, пола, места жительства, страховой премии и страховой суммы на каждого из них прилагаются к настоящему договору.

Все изменения в списках Застрахованных лиц Страхователь согласовывает со Страховщиком с последующим переоформлением полисов.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем по договору является обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования (Приложение № 3), а по письменному разрешению (согласованию) Страховщика – и в иное медицинское учреждение, в течение срока действия настоящего договора при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, других заболеваниях и несчастных случаях за получением медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор заключается сроком на один год.

4.2. Договор вступает в силу с «___» _____ 20__ г., но не ранее:

– при уплате взноса путем безналичного расчета – дня поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

– при уплате взноса наличными деньгами - дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличным платежом Страховщику.

4.3. Действие Договора может быть продлено на срок, установленный соглашением сторон.

4.4. Настоящий Договор прекращается в случаях:

а) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

б) в других случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Размер страховой премии по настоящему договору определяется программами страхования, численностью Застрахованных лиц, страховой суммой, величиной страхового тарифа и составляет на момент заключения договора _____

(цифрами и прописью)

_____ руб.,

в том числе по программам:

№ п/п	Наименование программы страхования	Количество Застрахованных лиц	Страховая сумма, руб.	Страховая премия, руб.
1.				
2.				
3.				
…				
	Всего			

5.2. Страховая премия уплачивается _____

(порядок и сроки внесения)

5.3. Размер страховой суммы по настоящему договору составляет _____ руб.

5.4. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в соответствии с условиями договора, страховая сумма по соглашению сторон может быть понижена пропорционально неуплаченной части страховой премии.

Изменение условий договора оформляется путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования.

6. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

6.1. Страховщик обязан:

а) не позднее, чем через пять рабочих дней после уплаты премии передать Страхователю для каждого Застрахованного лица (согласно списку) страховой полис;

б) назначить ответственное лицо по договору;

в) контролировать объем и качество оказанной Застрахованным лицам медицинской (лекарственной) помощи;

г) защищать права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими учреждениями;

д) не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованных лицах, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Страхователь обязан:

а) обеспечить достоверность и правильность списков Застрахованных лиц;

б) обеспечить своевременную выдачу каждому Застрахованному лицу страхового полиса, являющегося документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинской (лекарственной) помощи;

в) сообщить Страховщику при заключении договора обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска (состояние здоровья, условия работы Застрахованных лиц и т.п.);

г) незамедлительно сообщать Страховщику в течение срока страхования обо всех известных ему обстоятельствах, увеличивающих степень риска (изменение условий работы Застрахованных лиц и т.п.);

д) уплатить страховую премию в размере и в сроки, установленные Договором;

е) ознакомить Застрахованных лиц с условиями Договора, правами и обязанностями, выдать им полученные от Страховщика страховые полисы;

ж) вернуть Страховщику страховые полисы Застрахованных лиц в течение 30 дней во всех случаях прекращения Договора;

з) в случае отказа в оказании медицинской (лекарственной) помощи или их некачественного оказания в медицинских учреждениях, Страхователь должен немедленно известить об этом Страховщика.

6.3. Страховщик имеет право:

а) проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованными лицами своих обязанностей по Договору.

6.4. Страхователь имеет право:

а) вносить изменения в список Застрахованных лиц (Приложение № 1 к договору) в пределах общего количества Застрахованных лиц по настоящему Договору в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

б) отказаться от договора добровольного страхования в течение 15 дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат премии при этом осуществляется в соответствии с Правилами страхования.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

7.1. В случае изменения цен на медицинские и иные услуги (лекарственные средства и изделия медицинского назначения), экономических и других непредвиденных условий, изменения в договор вносятся по согласованию сторон, а при недостижении согласия договор расторгается, в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7.2 Страхователь подтверждает, что имеет согласие застрахованных лиц – субъектов персональных данных на обработку их персональных данных (термин дан в соответствии с п.п.3. ст.3 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ) Страховщиком в целях, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору. Все претензии, возникающие или могущие возникнуть у Застрахованных лиц, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ, других нормативных правовых актов, обеспечивающих безопасность персональных данных при их обработке.

Страхователь своей волей и в своих интересах подтверждает свое согласие на обработку АО «ОСК», расположенному по адресу: г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94, персональных данных всех Застрахованных лиц (Приложение №4).

7.3. Стороны договорились, что к отношениям сторон по настоящему договору положения статей 317.1 и 823 Гражданского кодекса РФ не применяются.

7.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

8. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

8.1. Иск по требованиям, вытекающим из настоящего договора, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Качество и порядок оказания медицинской, в том числе лекарственной, помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

9.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным лицам, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

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

Страхователь с Правилами добровольного медицинского страхования в ред. от _____ ознакомлен и один экземпляр их получил «___» _____ 20___ г.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

10.1. СТРАХОВЩИКА: _____
(индекс) (почтовый адрес)
Расчетный счет _____
_____
Реквизиты банка _____
Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЯ: _____
(индекс) (почтовый адрес)
Расчетный счет _____
_____
Реквизиты банка _____
_____
Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

К настоящему договору прилагается: _____

СТРАХОВЩИК
_____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.
М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ
_____
(подпись)
«___» _____ 20__ г.
М.П.

Приложение № 1
к договору добровольного медицинского
страхования граждан от ____.____.20___
№ _____

Список застрахованных лиц по договору добровольного медицинского страхования №_____

_____
(наименование Страхователя)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Место жительства	Серия и № паспорта	Страховая премия на застрахованного	Лимит ответственности на застрахованного
1	2	3	4	5	6	7	8

СТРАХОВЩИК
_____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.
М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ
_____
(подпись)
«___» _____ 20__ г.
М.П.

Примечания по заполнению списка застрахованных лиц
Список застрахованных лиц печатается машинописным способом в 1 экземпляре.
В графе №2, Фамилия, имя и отчество заполняются **полностью, сокращения не допускаются;**
В графе №4, Дата рождения заполняется **цифрами** в виде (ДД-день, ММ-месяц, ГГГГ-год, например 01.01.1970);
В графе №5,Фактический адрес места жительства заполняется по форме (город, район, улица, дом, квартира).

Приложение № 2
к договору добровольного медицинского
страхования граждан от ____.____.20___
№ _____

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

Оказание медицинской помощи Застрахованным лицам гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам (согласно Приложению 5 к Правилам добровольного медицинского страхования):

СТРАХОВЩИК
_____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.
М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ
_____
(подпись)
«___» _____ 20__ г.
М.П.

Приложение № 3
к договору добровольного медицинского
страхования граждан от ____.____.20___
№ _____

Перечень лечебно-профилактических учреждений

В приложении указывается перечень ЛПУ, в которых застрахованный по договору может получить медицинскую помощь в рамках договора ДМС.

СТРАХОВЩИК
_____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.
М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ
_____
(подпись)
«___» _____ 20__ г.
М.П.

Приложение № 4
к договору добровольного медицинского
страхования граждан от ____.____.20___
№ _____

СОГЛАСИЕ
страхователя на обработку персональных данных

Страхователь, нижеподписавшийся_____
(наименование юридического лица)
(в дальнейшем по тексту - Страхователь), в лице _____,
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
своей волей и в своем интересе подтверждает свое согласие на обработку АО «ОСК», расположенному по адресу: г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94, персональных данных всех Застрахованных лиц.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания услуг в области медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:
- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- год, месяц, дата и место рождения;
- гражданство;
- адрес места пребывания;
- адрес регистрации по месту жительства;
- контактный номер телефона;
- социальное положение;
- паспортные данные;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения об оказанных медицинских услугах.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие застрахованного лица в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в АО «ОСК» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что_____,
(наименование юридического лица)
в лице _____,
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
ознакомлен с Положением о защите персональных данных застрахованных лиц АО «ОСК», права и обязанности в области защиты персональных данных застрахованного лица мне разъяснены.

«___» _____ 20____ г. _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ С ФИЗИЧЕСКИМ ЛИЦОМ

***Примечание**. Настоящий документ является образцом договора страхования. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид договора может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Д О Г О В О Р

добровольного медицинского страхования граждан

№ _____

г._____ «___» _____ 20___ г.

АО «ОСК» (в дальнейшем по тексту - Страховщик), в лице _____,

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)

действующего на основании Устава страховой организации и лицензии от «___»_____ ____ №_____ или доверенности от «___»_____ ____ г. №_____, с одной стороны, и _____

(Ф.И.О. страхователя)

(в дальнейшем по тексту – Страхователь), с другой стороны, в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования ред. от _____» Страховщика заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страхователь поручает, а Страховщик принимает на себя обязательства по организации предоставления и оплате медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу, при наступлении страхового случая.

1.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу, определяется предусмотренными Правилами страхования и Программой медицинского страхования _____

(Наименование программы)

(Приложение №1)

2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

_____

(Ф.И.О. застрахованного, дата рождения, домашний адрес)

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1 Страховым случаем по договору является обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования, в течение срока действия настоящего договора.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор заключается сроком на один год.

4.2. Договор вступает в силу в день оплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличным платежом Страховщику.

4.3. Действие Договора может быть продлено на срок, установленный соглашением сторон.

4.4. Настоящий Договор прекращается в случаях:

а) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

б) в других случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

4.5. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страхователю возвращается часть страховой премии, пропорционально оставшейся части срока действия договора, за вычетом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки за исключением условий, указанных в пункте 6.4.

4.6. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем, страховой случай. В этом случае уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, за исключением условий, указанных в пункте 6.4.

5. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховая премия в сумме _____
(цифрами и прописью)
_____ руб., вносится _____
(порядок и сроки внесения)

5.2. Размер страховой суммы по договору составляет _____ руб.
(цифрами и прописью)

6. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

6.1. Страховщик обязан:

а) контролировать объем и качество оказанной Застрахованному лицу медицинской помощи;

б) защищать права Застрахованного лица в отношениях с медицинскими учреждениями;

в) не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Страхователь обязан:

а) уплатить страховую премию в размере и сроки, установленные Договором;

б) сообщить Страховщику при заключении договора обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска (состояние здоровья, условия работы Застрахованных лиц и т.п.);

в) незамедлительно сообщать Страховщику в течение срока страхования обо всех известных ему обстоятельствах, увеличивающих степень риска (изменение условий работы Застрахованных лиц и т.п.);

г) вернуть Страховщику страховой полис Застрахованного лица в течение 3 дней во всех случаях прекращения Договора;

д) в случае отказа в оказании медицинской помощи или их некачественного оказания в медицинских учреждениях, Страхователь должен немедленно известить об этом Страховщика.

6.3. Страховщик имеет право проверять выполнение Страхователем и Застрахованным лицом своих обязанностей по Договору.

6.4. Страхователь имеет право:

а) отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Возврат премии при этом осуществляется в соответствии с Правилами страхования.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

7.1. В случае изменения цен на медицинские и иные услуги (лекарственные средства и изделия медицинского назначения), экономических и других непредвиденных условий, изменения в договор вносятся по согласованию сторон.

7.2. Страхователь и Застрахованный(ые) своей волей и в своих интересах подтверждает(ют) свое согласие на обработку АО «ОСК», расположенному по адресу: г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94, персональных данных всех Застрахованных лиц (Приложение №3).

8. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

8.1. Иск по требованиям, вытекающим из настоящего договора, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Качество и порядок оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

9.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласованная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, лечебного учреждения и независимые эксперты. В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Страхователь с Правилами страхования и Программой ознакомлен и один экземпляр их получил «___» _____ 20__ г.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

10.1. СТРАХОВЩИКА: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____
Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЯ: _____
(индекс) (адрес)
Паспорт серия_____№_____Выдан_____
Телефон: _____

СТРАХОВЩИК	СТРАХОВАТЕЛЬ
_____	_____
(подпись)	(подпись)
«___» _____ 20___ г.	«___» _____ 20__ г.
М.П.	

Приложение №1
к договору №_____
от _____

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

Описание программ в соответствии с Приложением 5 к Правилам добровольного медицинского страхования.

СТРАХОВЩИК	СТРАХОВАТЕЛЬ
_____	_____
(подпись)	(подпись)
«___» _____ 20___ г.	«___» _____ 20__ г.
М.П.	

Приложение № 2
к договору №_____
от _____

Перечень лечебно-профилактических учреждений

Указывается перечень ЛПУ в соответствии с условиями договора, территории обслуживания застрахованных

СТРАХОВЩИК	СТРАХОВАТЕЛЬ
_____	_____
(подпись)	(подпись)
«___» _____ 20___ г.	«___» _____ 20__ г.
М.П.	

Приложение № 3
к договору №_____
от _____

СОГЛАСИЕ
субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

Я _____,
(Ф.И.О., адрес, паспортные данные субъекта персональных данных)

в лице _____
_____,
(Ф.И.О., адрес, паспортные данные, реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя субъекта персональных данных)
своей волей и в своем интересе даю согласие Акционерному обществу «Объединенная страховая компания» (сокращенное наименование АО «ОСК»), расположенному по адресу: г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94, на обработку своих персональных данных на следующих условиях.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания услуг в области медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:
- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- год, месяц, дата и место рождения;
- гражданство;
- адрес места пребывания;
- адрес регистрации по месту жительства;
- контактный номер телефона;
- социальное положение;
- паспортные данные;
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения об оказанных медицинских услугах.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие застрахованного лица в каждом отдельном случае.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в АО «ОСК» письменного заявления об отзыве согласия.

Настоящим также подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных застрахованных лиц АО «ОСК», права и обязанности в области защиты персональных данных застрахованного лица мне разъяснены.

«___» _____ 20____ г. _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к Правилам добровольного медицинского страхования

***Примечание**. Настоящий документ является образцом договора с медицинским учреждением. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид договора может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Д О Г О В О Р
на оказание медицинских услуг
(предоставление лечебно-профилактической (лекарственной) помощи)
по добровольному медицинскому страхованию

№ _____

г._____ «___» _____ 20__г

АО «Объединенная страховая компания » (в дальнейшем по тексту - Страховщик), в лице _____
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
_____
_____ ,
действующего на основании Устава страховой организации и лицензии №_____ от «___»_____ ____ г., или доверенности №____ _____ от «___»_____ ____ г.,
с одной стороны, и _____
_____
(наименование медицинского учреждения)
(в дальнейшем по тексту - Учреждение), имеющее лицензию № _____ от «___»_____ ____ г., выданную _____
_____ ,
(наименование учреждения, выдавшего лицензию)
в лице _____ ,
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик поручает, а Учреждение принимает на себя обязательство оказывать медицинские и иные услуги гражданам, которым Страховщиком выдан страховой полис добровольного медицинского страхования (далее по тексту Застрахованным лицам) и гарантийное письмо (направление) на оказание медицинских и иных услуг.

2. ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Учреждение обязано обеспечивать соответствие оказываемой медицинской помощи требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.2. Учреждение оказывает Застрахованным лицам медицинские и иные услуги (лекарственную помощь), виды, объем и сроки выполнения которых устанавливаются исходя из договора (полиса) страхования, согласованного сторонами перечня программ добровольного медицинского страхования, в рамках видов медицинской помощи, предусмотренных действующей лицензией Учреждения на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 2, 5 к настоящему договору).

2.3. О невозможности оказания медицинской (лекарственной) помощи установленного вида и объема Учреждение немедленно извещает Страховщика.

2.4. Учреждение должно поставить в известность Страховщика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований пунктов 2.1 и 2.2 настоящего договора.

2.5. При невозможности Учреждением выполнить требования пунктов 2.1 - 2.2 настоящего договора Страховщик вправе по своему усмотрению расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор.

3. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

3.1. Медицинские и иные услуги оказываются Учреждением в соответствии с числом гарантийных писем (направлений) Застрахованным лицам для оказания им оговоренных в настоящем Договоре медицинских и иных услуг.

4. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Учреждение по истечении отчетного месяца, но не позднее 30 дней после оказания медицинской услуги, предоставляет Страховщику счет (счет-фактуру) и реестр медицинских услуг (форма реестра указана в Приложении № 4 к настоящему договору) с указанием сведений о предоставленных медицинских услугах.

4.2. Страховщик оплачивает счет (счет-фактуру) в течение 15 дней после положительного экспертного заключения Страховщика. Оплата стоимости услуг, оказанных Учреждением, производится, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи по ценам, согласованным между Страховщиком и Учреждением (Приложение № 1 к настоящему договору), в пределах страховой суммы по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Учреждения.

При необходимости и финансовой возможности перечисление производится в порядке авансирования Учреждения Страховщиком на основании счета Учреждения, исходя из предполагаемой стоимости медицинской помощи. Не позднее 15 дней с момента оказания медицинской помощи, Учреждение предоставляет Страховщику счет (счет-фактуру), реестр медицинских услуг, подтверждающий факт оказания медицинской помощи Застрахованным лицам, с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

4.3. Общая стоимость и перечень медицинских услуг, определенных Договором и программой ДМС на момент подписания, могут меняться по согласованию между Страховщиком и Учреждением в течение срока действия договора.

4.4. Страховщик не оплачивает медицинские услуги:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;

в) в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

г) в связи со СПИДом, независимо от сроков выявления;

д) в связи с особо опасными инфекциями: чумой, холерой, сибирской язвой;

е) в связи с психическими болезнями, независимо от сроков выявления;

ж) в связи с оперативными вмешательствами, связанными с пересадкой органов и тканей;

з) в связи с обращением за медицинскими и иными услугами (в том числе за лекарственной помощью), не предусмотренными договором страхования;

и) в связи с обращением в медицинские учреждения, не определенные договором страхования, без предварительного согласования со Страховщиком.

Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил в следствие:

а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Учреждение оказывает медицинскую (лекарственную) помощь, предусмотренную настоящим договором, Застрахованным лицам согласно режиму работы, согласованному со Страховщиком.

5.2. Учреждение оказывает медицинскую (лекарственную) помощь в объеме, определенном программами, указанными в полисе, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации (лекарственную помощь в соответствии с назначением врача по рецепту).

5.3. Медицинские и иные услуги Застрахованному лицу оказываются при обращении в регистратуру Учреждения после предоставления следующих документов:

– страхового медицинского полиса добровольного медицинского страхования Страховщика;

– паспорта или документа его заменяющего;

– гарантийного письма (направления) Страховщика на оказание медицинской помощи (Приложение №3) либо рецепта установленного образца при оказании лекарственной помощи. При отсутствии такого гарантийного письма (направления) Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику за направлением в Учреждение.

6. УЧЕТ В УЧРЕЖДЕНИИ

6.1. Учреждение обязано вести учет:

а) Застрахованных лиц, обратившихся в Учреждение;

б) видов, объемов и сроков оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным лицам;

в) средств, поступающих от Страховщика.

Организация учета согласовывается со Страховщиком.

7. КОНТРОЛЬ

7.1. Страховщик вправе контролировать соответствие оказываемых Учреждением медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи) прейскуранту (перечню), прилагаемому к настоящему договору.

7.2. Основаниями проведения контроля (экспертизы качества медицинской помощи - далее ЭКМП) являются:

– необходимость в подтверждении надлежащего объема и качества медицинской помощи в случае сомнений, возникших при первичном экспертном контроле счетов;

– письменная жалоба застрахованного по ДМС или страхователей на качество медицинской помощи в медицинской организации;

– исходы случаев оказанной медицинской помощи, указанные в реесте оказанных медицинских услуг как: «ухудшение», «летальный исход»,

– случаи повторной госпитализации одного застрахованного по поводу одного и того же заболевания в течение периода страхования;

– случаи заболевания со сроками лечения, имеющими значительные отклонения от средних сроков лечения.

7.3. Контроль (ЭКМП) может быть:

– плановый;

– целевой.

Плановым контролем (ЭКМП) является экспертиза определенной совокупности случаев медицинской помощи, отобранных статистическими способами (метод случайной выборки, метод сплошной выборки, выборка основного массива).

Целевым контролем (ЭКМП) является экспертиза отдельно взятого случая или совокупности (массива) случаев медицинской помощи, отобранных по определенному признаку (группе признаков) и может использоваться для разрешения спорных случаев.

7.4. Сроки проведения контроля (ЭКМП) определяются по согласованию с ЛПУ.

7.5. По результатам проведенного контроля (ЭКМП) , в случае неполно или некачественно оказанной услуги Страховщик вправе не возмещать Учреждению ее стоимость.

7.6. Контроль (ЭКМП) осуществляется путем проверок, проводимых представителем Страховщика и Учреждения с участием в равных долях. Проверка осуществляется по мере необходимости.

7.7. Учреждение обязано обеспечить представителям Страховщика, осуществляющим ЭКМП, свободное ознакомление с деятельностью Учреждения и медицинской документацией, связанной с исполнением настоящего договора

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих коммерческую тайну, виновная сторона обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

8.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора (пожар, наводнение, землетрясения, иные явления природы, а также война, забастовки и другие обстоятельства по усмотрению сторон). При наступлении указанных обстоятельств сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна известить другую сторону в течение 5 дней.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Стороны обязуются обеспечивать конфиденциальность и безопасность персональных данных, ставших им известными в связи с исполнением настоящего договора, в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обеспечение конфиденциальности и безопасности персональных данных должно включать все необходимые организационные и технические меры по защите от несанкционированного, в том числе, случайного доступа, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения и иных неправомерных действий.

9.2. В случае нарушения обязательств по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных, ставших известными Сторонам в связи с исполнением Договора, они несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

10. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЕ

10.1. Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

10.2. Стороны обязуются в течение _____ дней извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

11. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

11.1. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

11.2. Настоящий договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

а) по соглашению сторон, совершенному в письменном виде;

б) при нарушении одной из сторон условий настоящего договора.

12. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

12.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует в течение _____ .

12.2. Если ни одна из сторон за 30 дней до окончания настоящего договора не заявит о расторжении договора и не предъявит дополнительные условия, договор считается пролонгированным на следующий год на тех же условиях.

13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

13.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не нашедшим своего разрешения в тексте данного договора, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства.

13.2. При невозможности урегулирования в процессе переговоров не предусмотренных настоящим договором или спорных вопросов стороны разрешают их в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

14. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК	УЧРЕЖДЕНИЕ
_____	_____
ИНН/КПП:_____	ИНН/КПП:_____
Адрес:_____	Адрес:_____
Расчетный счет:_____	Расчетный счет:_____
Реквизиты банка:_____	Реквизиты банка:_____
Телефон:_____	Телефон:_____
e-mail:_____	e-mail:_____
СТРАХОВЩИК	УЧРЕЖДЕНИЕ
_____	_____
(подпись)	(подпись)
«___» _____ 20___ г.	«___» _____ 20__ г
М.П.	М.П.

Приложение № 1
к договору на оказание медицинских услуг по ДМС
от «____»_____.20___г.
№ _____

Протокол согласования цен и порядка взаиморасчетов

Мы, нижеподписавшиеся, от лица АО «Объединенная страховая компания», _____, от лица _____, _____, удостоверяем, что стороны достигли соглашения о ценах на медицинские услуги для реализации программ ДМС:

Расчеты производятся по прейскуранту (перечню) цен на медицинские услуги, действующему в Учреждении на момент оказания услуги (прейскурант прилагается).

В случае изменения прейскуранта цен на платные медицинские услуги Учреждение обязано поставить в известность Страховщика в письменном виде и предоставить прейскурант (перечень) не позднее 15-ти дней до момента предполагаемого изменения.

Стороны оставляют за собой право по взаимному согласию изменить цены (при этом составляется новый Протокол на оставшийся период действия Договора, а настоящий считается утратившим силу).

Протокол является неотъемлемой частью Договора.

СТРАХОВЩИК	УЧРЕЖДЕНИЕ
_____ (подпись)	_____ (подпись)
«___» _____ 20___ г.	«___» _____ 20__ г.
М.П.	М.П.

Приложение № 2
к договору на оказание медицинских услуг по ДМС
от «____»_____.20___г.
№ _____

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

Оказание медицинской помощи Застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

(согласно Приложению 5 к Правилам добровольного медицинского страхования, а также Лицензии лечебного учреждения)

СТРАХОВЩИК	УЧРЕЖДЕНИЕ
_____ (подпись)	_____ (подпись)
«___» _____ 20___ г.	«___» _____ 20__ г.
М.П.	М.П.

Приложение № 3
к договору на оказание медицинских
услуг по ДМС
от «____»_____.20___г.
№ _____

Объединенная Страховая Компания
Основана в 1990г.

адрес:_____, тел. _____
Мед. эксперт ДМС тел. _____

Г А Р А Н Т И Й Н О Е П И С Ь М О
(Н А П Р А В Л Е Н И Е)

На _____ _____ № _____
(вид ЛПП)

Куда_____

Вид мед. услуги _____

_____

_____

Направляется _____
(Ф. И. О.)

Возраст _____

Адрес_____

Диагноз _____

Страховой полис серия_____ № _____

Лимит ответственности СК _____ рублей

Направивший врач _____
(фамилия полностью)

«___»_____20__г. М.П.

образец

Приложение № 4
к договору на оказание медицинских услуг по ДМС
от «____»_____.20___г.
№ _____

Реестр медицинских услуг к счету-фактуре (акту оказанных услуг) № _____ от «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество	Страховой полис ДМС		Диагноз	№ гарантийного письма (направления)	Дата оказания услуги	Код услуги по прейскуранту	Кол-во услуг	Цена, руб.	Сумма к оплате, руб.
		Серия	Номер							
1	2	3	4		7	8	9	10	11	12
1										
Итого по пациенту 1										
2										
Итого по пациенту 2										
Всего по счету										

Всего:
_____
(сумма прописью), НДС не облагается.

Гл. врач_____/_____/ Гл. бухгалтер_____/_____/
(подпись) (расшифровка подписи) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 5
к договору на оказание медицинских услуг по ДМС
от «____»_____.20___г.
№ _____

Лицензия медицинского учреждения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

Оказание медицинской (в том числе лекарственной) помощи застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

ПРОГРАММЫ ДМС СТАНДАРТ

Программа «Амбулаторная помощь К».

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях и у врачей частной практики, определенных договором страхования, при обращении в медицинские учреждения, к доверенному врачу или представителю Страховщика.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Объем медицинской помощи устанавливается доверенным врачом или представителем Страховщика в пределах следующего перечня:

1. Оказание квалифицированной медицинской помощи терапевтом;

2. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов:

- аллерголога-иммунолога,
- артролога,
- врача ЛФК,
- гастроэнтеролога,
- гематолога,
- гинеколога,
- дерматолога,
- инфекциониста,
- кардиолога,
- колопроктолога,
- маммолога,
- невролога,
- онколога (до установления диагноза),
- отоларинголога,
- нефролога,
- офтальмолога,
- педиатра,
- проктолога,
- психотерапевта (1 прием),
- пульмонолога,
- ревматолога,
- терапевта,
- травматолога-ортопеда,
- уролога,
- физиотерапевта,
- фтизиатра (до установления диагноза),
- хирурга (в том числе кардио-, сосудистого, нейрохирурга, торакального),
- эндокринолога.

3. Лабораторные исследования - по назначению врача при наличии медицинских показаний:
- лабораторная диагностика: биохимические исследования, гормональные исследования, коагулогические исследования, микробиологические исследования, общеклинические исследования, ПЦР-диагностика (кроме молекулярно-генетических исследований), серологические исследования, цитологические и гистологические исследования;
- диагностика аллергических заболеваний: кожные аллергологические пробы, определение общего иммуноглобулина Е, иммунологические исследования;
- определение онкомаркеров до момента постановки диагноза.

4. Диагностические исследования - по назначению врача при наличии медицинских показаний:

4.1. Функциональные исследования:
- электрокардиография;

- электроэнцефалография;
- электромиография;
- функциональные нагрузочные пробы;
- спирография и исследование функции внешнего дыхания (бодиплетизмография);
- допплероэхокардиография (включая цветное допплеровское картирование);
- холтеровское мониторирование;
- суточное мониторирование артериального давления.

4.2. Инструментальные методы диагностики: рентгенологические исследования, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования органов и тканей;

4.3. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопные исследования.

5. Догоспитальное обследование при плановой стационарной помощи.

В программу не включены (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги:

1. Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные врачами лечебных учреждений, не предусмотренных договором страхования.
2. Диагностика и лечение мужского и женского бесплодия, импотенции, вопросы планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введение и удаление (без медицинских показаний) ВМС.
3. Прерывание беременности без медицинских показаний.
4. Психотерапия (включая биолокационную диагностику и коррекцию, суггестивную терапию, нейросенсорную разгрузку).
5. Наблюдение беременности, родовспоможение.
6. Лечебные мероприятия, связанные с контактной коррекцией зрения (линзы).
7. Выдача справок для поступающих в учебные заведения, для водительской комиссии, на ношение оружия и загранкомандировок.
8. Терапевтическая и хирургическая стоматологическая помощь.
9. Ортодонтическая, ортопедическая стоматологическая помощь и имплантология.
10. Экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, ЛОК, УФО-крови).
11. Баротерапия, гипокситерапия, капсула «Санспектра».
12. Кардиохирургические оперативные вмешательства (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, стабилизирующие системы).
13. Консультации психотерапевта, фтизиатра, миколога - после установления диагноза заболевания, не являющегося страховым случаем, диетолога, косметолога, сурдолога, сомнолога.
14. Водные (оздоровительное плавание в бассейне), термические (сауна) процедуры, занятия в тренажерном зале.
15. Медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний:
15.1. Врожденные и наследственные заболевания, в том числе крови и кроветворных органов, а также врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнений.
15.2. Сахарный диабет I типа и его осложнения.
15.3. Заболевания передающиеся половым путем (ВИЧ-инфекция, сифилис, гонорея, мягкий шанкр и др.), и их осложнения.
15.4. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, эпилепсия, и ее осложнения.
15.5. Лечение профессиональных заболеваний.
15.6. Туберкулез, саркоидоз, муковисцедоз независимо от клинической формы и стадии процесса.
15.7. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения.
15.8. Заболевания органов и тканей, включая сердечно-сосудистую и нервную системы, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, в том числе эндопротезирования.
15.9. Острая и хроническая лучевая болезнь.
15.10. Хронические гепатиты, цирроз печени.
15.11. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка,

дерматомиозит, ревматоидный артрит, ревматическая полимиалгия) и их осложнения, системные васкулиты и их осложнения, демиелинизирующие заболевания нервной системы.
15.12. Иммунодефицитные состояния, глубокие и распространенные микозы, псориаз и его осложнения.
16. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

Программа «Амбулаторная помощь Стандарт».

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях и у врачей частной практики, определенных договором страхования, при обращении в медицинские учреждения, к доверенному врачу или представителю Страховщика.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Объем медицинской помощи устанавливается доверенным врачом или представителем Страховщика в пределах следующего перечня:

Оказание квалифицированной медицинской помощи терапевтом;

Первичный, повторный, консультативный приемы врачей специалистов:

- аллерголога-иммунолога,
- артролога,
- врача ЛФК,
- гастроэнтеролога,
- гематолога,
- гинеколога,
- дерматолога,
- инфекциониста,
- кардиолога,
- колопроктолога,
- маммолога,
- невролога,
- нефролога,
- онколога (до установления диагноза),
- отоларинголога (оториноларинголога),
- офтальмолога,
- педиатра,
- проктолога,
- психотерапевта (1 прием),
- пульмонолога,
- ревматолога,
- терапевта,
- травматолога-ортопеда,
- уролога,
- физиотерапевта,
- фтизиатра (до установления диагноза),
- хирурга (в том числе кардио-, сосудистого, нейрохирурга, торакального),
- эндокринолога.

Лабораторные исследования:

- лабораторная диагностика: биохимические исследования, гормональные исследования, коагулогические исследования, микробиологические исследования, общеклинические исследования, ПЦР-диагностика (кроме молекулярно-генетических исследований), серологические исследования, цитологические и гистологические исследования.
- диагностика заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) до момента постановки диагноза
- диагностика аллергических заболеваний: кожные аллергологические пробы, определение общего иммуноглобулина Е, иммунологические исследования;
- определение онкомаркеров ло момента постановке диагноза.

Диагностические исследования:

- Функциональные исследования:
- электрокардиография;
- электроэнцефалография;
- электромиография;
- функциональные нагрузочные пробы;
- спирография и исследование функции внешнего дыхания (бодиплетизмография);
- допплероэхокардиография (включая цветное допплеровское картирование);
- холтеровское мониторирование;
- мониторирование артериального давления.

- инструментальные методы диагностики: рентгенологические исследования, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования органов и тканей;
- компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопные исследования,

Догоспитальное обследование при плановой стационарной помощи.

Лечебные манипуляции:
- услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.
- выполняемые врачами процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией.

Физиотерапевтические процедуры:
- лечение токами и полями, термические и водные процедуры;
- лечебный массаж;
- лечебная физкультура (ЛФК) в группе и индивидуальная;
- мануальная терапия;
- классическая корпоральная иглорефлексотерапия;
- гидроколонотерапия.

Амбулаторные услуги (консультации, диагностические исследования, лечебные процедуры) по поводу: сахарного диабета 2 типа (кроме осложнений сахарного диабета).

Страховщик организует и оплачивает стационаро- замещающие формы оказания медицинской помощи:
- дневной стационар;
- стационар одного дня;
- стационар на дому.

Страховщик организует также лечебно-диагностическую помощь на дому у пациента с привлечением при необходимости специалистов-консультантов (включая услуги муниципальной и частной скорой помощи). Медицинская помощь на дому оказывается клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение:
- первичный, повторный осмотр врача-терапевта на дому;
- проведение экстренных диагностических и лечебных мероприятий;
- купирование неотложных состояний;
- экстренная транспортировка в стационар и, при отсутствии показаний для госпитализации, обратно.

В рамках программы страхования Страховщик гарантирует оформление медицинской документации: экспертизы временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдачи медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям.

Страховщик не оплачивает лечение психических, онкологических (за исключением впервые выявленных), венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, диагностику и лечение мужского и женского бесплодия, импотенции, введение и удаление (без медицинских показаний) ВМС, прерывание беременности без медицинских показаний, психотерапию, наблюдение беременности, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний, лечебные мероприятия, связанные с контактной коррекцией зрения (линзы), выдачу справок для поступающих в учебные заведения, для водительской комиссии, на ношение оружия и загранкомандировок.

Программа «Стационарная помощь».

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования.

Определение показаний к госпитализации определяется доверенным врачом поликлиники, в которой наблюдается больной, врачом скорой помощи или представителем Страховщика.

Обследование и лечение проводятся с применением медицинских технологий, применяемых в стационарах и клиниках, указанных в договоре страхования.

Длительность пребывания в стационаре, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции врача стационара.

Если Застрахованный госпитализирован в стационар, не указанный в договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договор со Страховщиком. Расходы на транспортировку оплачиваются Страхователем.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Объем медицинской помощи устанавливается в пределах следующего перечня:

- Пребывание в стационаре (питание, уход медицинского персонала), в палатах повышенной комфортности :класса: люкс, одно-, двухместная.
- Консультации врачей по лечению основного и сопутствующих заболеваний,
- Лабораторные и инструментальные диагностические исследования; ангиографические исследования с применением медицинских технологий, применяемых в стационарах и клиниках,
- Лечебные процедуры, в т.ч. физиотерапевтические.
- Реанимационные мероприятия.
- Медикаментозное лечение, предоставляемое медицинским учреждением.
- Консервативное лечение основного и сопутствующих заболеваний,
- Оперативное вмешательство с применением анестезиологического пособия и реанимационных мероприятий при условии согласования с Застрахованным видом оперативного вмешательства (лапаротомический или эндоскопический)

Страховщик не оплачивает лечение психических, онкологических (за исключением впервые выявленных), венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; родовспоможение; врожденных аномалий; наркологическую помощь, косметологическое и стоматологическое лечение.

Программа «Стоматологическая помощь».

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату стоматологической помощи (без протезирования). Договор страхования по данной программе заключается только при коллективной форме проведения страхования.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

- консультативные услуги врачей-стоматологов;
- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реодентография и др.) по показаниям врачей-стоматологов;
- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, пародонтоза, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистотомия, остановка кровотечения и др.);
- дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

В программу «***Стоматологическая помощь***» не входят следующие услуги:

- протезирование;
- косметологические и пластические операции (челюстно-лицевая хирургия).

Программа Амбулаторная помощь (включая лекарственную помощь)

Программа предусматривает предоставление и оплату медицинских услуг застрахованным в объеме программы «Амбулаторная помощь Стандарт».

Кроме того программа предусматривает предоставление и оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении, обусловленном страховым случаем, в сумме не более 40 % от страховой суммы по программе «Амбулаторная помощь Стандарт».

Основанием для получения лекарственных средств является рецепт врача установленного образца, в котором указаны номер полиса, номер истории болезни (медицинской карты Застрахованного), поставлены подпись и личная печать врача, штамп медицинского учреждения.

В случае отсутствия необходимого лекарственного средства в медицинском учреждении, указанном в договоре страхования, Застрахованный, по согласованию со Страховщиком, вправе самостоятельно приобрести в аптечном учреждении лекарственные средства, назначенные ему в связи с заболеванием, являющимся страховым случаем.

Для получения страховой выплаты в связи с понесенными расходами Застрахованный предоставляет Страховщику:

- заявление произвольной формы;
- выписку из истории болезни с указанием назначения Застрахованному лекарственных средств;
- кассовый и товарный чек аптечного учреждения, подтверждающие приобретение назначенных медикаментов, с указанием наименований лекарственных средств;
- страховой полис.

Застрахованному возмещается стоимость лекарственного средства по фактически уплаченной сумме, но не выше максимальной цены по прейскурантам медицинских учреждений, указанных в договоре страхования.

Программа «Реабилитационно-восстановительное лечение».

Договор страхования по данной программе заключается только при коллективной форме проведения страхования и в дополнение к программам «Амбулаторная помощь Стандарт» или «Стационарная помощь»

Программа предусматривает проведение реабилитационно-восстановительного лечения после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем, в следующих медицинских учреждениях:

- санаториях, санаториях-профилакториях и пр. санаторно-курортных учреждениях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- реабилитационных и оздоровительных центрах;
- врачебно-физкультурных диспансерах, физио-кабинетах медицинских учреждений.

Восстановительное лечение проводится по назначению врача, подтвержденному выпиской из медицинской карты Застрахованного.

Программа «Комплексная медицинская помощь К»

I. Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг **в амбулаторно-поликлинических условиях** и у врачей частной практики, определенных договором страхования, при обращении в медицинские учреждения, к доверенному врачу или представителю Страховщика.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Объем медицинской помощи устанавливается доверенным врачом или представителем Страховщика в пределах следующего перечня:

1. Оказание квалифицированной медицинской помощи терапевтом;

2. Первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов:

- аллерголога-иммунолога,
- артролога,
- врача ЛФК,
- гастроэнтеролога,
- гематолога,
- гинеколога,
- дерматолога,
- инфекциониста,
- кардиолога,
- колопроктолога,
- маммолога,
- невролога,
- онколога (до установления диагноза),
- отоларинголога,
- нефролога,
- офтальмолога,
- педиатра,
- проктолога,
- психотерапевта (1 прием),
- пульмонолога,
- ревматолога,
- терапевта,
- травматолога-ортопеда,
- уролога,
- физиотерапевта,
- фтизиатра (до установления диагноза),
- хирурга (в том числе кардио-, сосудистого, нейрохирурга, торакального),
- эндокринолога.

3. Лабораторные исследования - по назначению врача при наличии медицинских показаний:
- лабораторная диагностика: биохимические исследования, гормональные исследования, коагулогические исследования, микробиологические исследования, общеклинические исследования, ПЦР-диагностика (кроме молекулярно-генетических исследований), серологические исследования, цитологические и гистологические исследования;
- диагностика аллергических заболеваний: кожные аллергологические пробы, определение общего иммуноглобулина Е, иммунологические исследования;
- определение онкомаркеров до момента постановки диагноза.

4. Диагностические исследования - по назначению врача при наличии медицинских показаний:

4.1. Функциональные исследования:
- электрокардиография;
- электроэнцефалография;
- электромиография;
- функциональные нагрузочные пробы;
- спирография и исследование функции внешнего дыхания (бодиплетизмография);
- допплероэхокардиография (включая цветное допплеровское картирование);
- холтеровское мониторирование;
- суточное мониторирование артериального давления.

4.2. Инструментальные методы диагностики: рентгенологические исследования, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования органов и тканей;

4.3. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопные исследования.

5. Догоспитальное обследование при плановой стационарной помощи.

II. Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения **в стационарах**, указанных в договоре страхования.

Определение показаний к госпитализации определяется доверенным врачом поликлиники, в которой наблюдается больной, врачом скорой помощи или представителем Страховщика.

Обследование и лечение проводятся с применением медицинских технологий, применяемых в стационарах и клиниках, указанных в договоре страхования.

Длительность пребывания в стационаре, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции врача стационара.

Если Застрахованный госпитализирован в стационар, не указанный в договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договор со Страховщиком. Расходы на транспортировку оплачиваются Страхователем.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Объем медицинской помощи устанавливается в пределах следующего перечня:
1. Пребывание в стационаре (питание, уход медицинского персонала, медикаментозное лечение) в палатах класса: одно-, двух-, трехместная по возможности лечебного учреждения.
2. Оказание медицинской помощи и консультации врачей-специалистов.
3. Лабораторные и инструментальные диагностические исследования.
4. Лечебные процедуры, в т.ч. физиотерапевтические.
5. Медикаментозное лечение, предоставляемое медицинским учреждением.
6. Реанимационные мероприятия.
7. Анестезиологические пособия.
8. Оперативные вмешательства.

В программу не включены (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги:

1. Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные врачами лечебных учреждений, не предусмотренных договором страхования.
2. Диагностика и лечение мужского и женского бесплодия, импотенции, вопросы планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введение и удаление (без медицинских показаний) ВМС.
3. Прерывание беременности без медицинских показаний.
4. Психотерапия (включая биолокационную диагностику и коррекцию, суггестивную терапию, нейросенсорную разгрузку).
5. Наблюдение беременности, родовспоможение.
6. Лечебные мероприятия, связанные с контактной коррекцией зрения (линзы).
7. Выдача справок для поступающих в учебные заведения, для водительской комиссии, на ношение оружия и загранкомандировок.
8. Терапевтическая и хирургическая стоматологическая помощь.
9. Ортодонтическая, ортопедическая стоматологическая помощь и имплантология.
10. Экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, ЛОК, УФО-крови).
11. Баротерапия, гипокситерапия, капсула «Санспектра».
12. Кардиохирургические оперативные вмешательства (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, стабилизирующие системы).
13. Консультации психотерапевта, фтизиатра, миколога - после установления диагноза заболевания, не являющегося страховым случаем, диетолога, косметолога, сурдолога, сомнолога.
14. Водные (оздоровительное плавание в бассейне), термические (сауна) процедуры, занятия в тренажерном зале.
15. Медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний:
15.1. Врожденные и наследственные заболевания, в том числе крови и кроветворных органов, а также врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнений.
15.2. Сахарный диабет I типа и его осложнения.
15.3. Заболевания передающиеся половым путем (ВИЧ-инфекция, сифилис, гонорея, мягкий шанкр и др.), и их осложнения.
15.4. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, эпилепсия, и ее осложнения.

15.5. Лечение профессиональных заболеваний.
15.6. Туберкулез, саркоидоз, муковисцедоз независимо от клинической формы и стадии процесса.
15.7. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения.
15.8. Заболевания органов и тканей, включая сердечно-сосудистую и нервную системы, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, в том числе эндопротезирования.
15.9. Острая и хроническая лучевая болезнь.
15.10. Хронические гепатиты, цирроз печени.
15.11. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматоидный артрит, ревматическая полимиалгия) и их осложнения, системные васкулиты и их осложнения, демиелинизирующие заболевания нервной системы.
15.12. Иммунодефицитные состояния, глубокие и распространенные микозы, псориаз и его осложнения.
16. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

Программа «Комплексная медицинская помощь Стандарт»

Комплексная медицинская помощь Стандарт включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь Стандарт» и «Стационарная помощь».

Программа «Комплексная медицинская помощь Стандарт (включая реабилитационно-восстановительное лечение)»

Комплексная медицинская помощь Стандарт (включая реабилитационно-восстановительное лечение) включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь Стандарт», «Стационарная помощь», «Реабилитационно-восстановительное лечение».

Программа «Комплексная медицинская помощь Комфорт»

Комплексная медицинская помощь Комфорт включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь Стандарт», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь»

Программа «Комплексная медицинская помощь Максимум»

Комплексная медицинская помощь Максимум включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь (включая лекарственную помощь)», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь», «Реабилитационно-восстановительное лечение».

Программа «Скорая помощь и вызов врача на дом»

Страховщик гарантирует предоставление экстренной и неотложной медицинской помощи при возникновении угрожающих жизни состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства, предусматривает следующие услуги как муниципальной скорой помощи, так и частной скорой помощи:

- выезд бригады скорой медицинской помощи в населенном пункте проживания и в иных местах пребывания, удаленных от основного места жительства до 50 км,
- первичный осмотр больного,
- проведение экстренных диагностических и лечебных мероприятий по месту вызова, так и в приемном покое стационара,
- пребывание бригады скорой помощи до купирования неотложного состояния.
- экстренную транспортировку в стационар и, при отсутствии показаний для госпитализации, обратно.

Скорая медицинская помощь оказывается безотлагательно при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

- при несчастных случаях,
- при травмах и отравлениях,
- при других состояниях и заболеваниях.

Оказывается

- учреждениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации,
- специализированными частными учреждениями
- частными клиниками, имеющими в структуре подразделения скорой и неотложной медицинской помощи.

Страховщик организует также лечебно-диагностическую помощь на дому у пациента с привлечением при необходимости специалистов-консультантов. Медицинская помощь на дому оказывается клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение: первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому.

Программа «Врач на связи»

Условия страхования:

- Страховым случаем признается обращение Застрахованного в страховую компанию для получения дистанционной консультации и организации очного приема терапевта.
- Удаленные услуги предоставляются врачами-консультантами АО «ОСК» по телефону, электронной почте.
- Программа ДМС «Врач на связи» ступает в действие через десять дней после заключения Договора страхования и действует 12 месяцев.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

1. Объём предоставляемых дистанционных услуг:
    - Консультации по выбору лечебного учреждения для похождения диагностике и лечения,
    - Консультации выбору врача для получения консультаций,
    - Информирование и маршрутизация клиента;
    - Рекомендации по диагностике заболевания,
    - Консультации по вопросам укрепления здоровья, вакцинации, диспансеризации.

2. Оказание очной плановой квалифицированной медицинской помощи терапевтом – доверенным врачом АО СК «ОСК» по предварительной записи.

Порядок получения услуг в рамках программы

1. В случае возникновения необходимости Застрахованный обращается к врачу-консультанту по телефону или письменно по электронной почте.
2. Очная консультация и осмотр врача-терапевта предоставляются после дистанционной консультации при наличии медицинских показаний в лечебных учреждениях:

Место приема	**Адрес Лечебного учреждения, телефон**
ГБУЗ "Самарская областная клиническая б-ца им. В.Д. Середавина"	ул. Ташкентская, 159 в здании поликлиники (5 этаж, ком.506), тел.(846) 956-16-48.
НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО "РЖД"	ул. Агибалова, д. 12, к.333 (846) 373-09-91

ПРОГРАММЫ ДМС ЭКОНОМ И ПЛЮС

Программа «Амбулаторная помощь ЭКОНОМ»

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях в следующем объеме:

1. ***Оказание квалифицированной медицинской помощи терапевтом.***
2. ***Оказание специализированной медицинской помощи врачами-специалистами:***
   - гастроэнтерологом;
   - аллергологом-иммунологом;
   - пульмонологом;
   - эндокринологом;
   - кардиологом;
   - ревматологом;
   - неврологом;
   - хирургом;
   - онкологом [*];
   - проктологом;
   - урологом;
   - офтальмологом;
   - гинекологом;
   - дерматологом;
   - нефрологом;
   - травматологом-ортопедом;
   - физиотерапевтом;
   - врачом ЛФК;
   - анестезиологом;
   - мануальным терапевтом;
   - рефлексотерапевтом.
   - оториноларингологом;

3. Диагностические исследования:

3.1. Лучевые исследования [†]:
рентгенодиагностические исследования любой степени сложности;
исследования на рентгеновском компьютерном томографе;
исследования на магнитно-резонансном томографе.

3.2.Функциональные исследования:
- электрокардиография;
- функциональные нагрузочные пробы;
- спирография и исследование функции внешнего дыхания (бодиплетизмография);
- допплероэхокардиография (включая цветное допплеровское картирование);
- холтеровское мониторирование;
- суточное мониторирование артериального давления.

3.3. Эндоскопические исследования.
3.4. Ультразвуковые исследования[‡].
3.5. Лабораторные исследования.

4. Физиотерапевтическое лечение[§]:

4.1. Лечение токами и полями - не более 10 процедур.
4.2. Термические и водные процедуры (кроме гидротермотерапии-сауна) – не более 10.
4.3. Массажи - не более 1-го курсов (10 сеансов) в течение года.
4.4. Иглорефлексотерапия – не более 1-го курса в год.
4.5. Гидроколонотерапия - не более 5-ти процедур в год.
4.6. Мануальная терапия – не более 1-го курсов в год.

5. ***Лечебная физкультура*** *(за исключением: гимнастики при ожирении; гимнастики для укрепления мышц с использованием мячей для фитнеса, гимнастики в тренажерном зале)* – не более 1-го курса по 10 сеансов в течение года.

---

[*] Примечание: врач-онколог осуществляет консультативную помощь в организации ранней диагностики новообразований основных локализаций, до установления диагноза

[†] КТ и МРТ не боле 2 раз в год

[‡] УЗДГ БЦС и ЦДК (не более 1-го раза в год)

[§] Физиотерапевтическое лечение не более 1 курса в год

6. Лечение в условиях дневного стационара.

В программу «Амбулаторная помощь ЭКОНОМ» не включены (не предоставляются и не оплачиваются) медицинские услуги, указанные в разделе «Прочие условия для программ ЭКОНОМ».

Программа «Стационарная помощь ЭКОНОМ»

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования при экстренной госпитализации.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованных, которое характеризуется симптомами, способными поставить под угрозу жизнь или привести к инвалидности, а также перевести острое заболевание в хроническое, если не будет оказана медицинская помощь в условиях стационара.

Данные виды медицинской помощи оказываются в объеме:

1. Пребывание в стационаре (питание, уход медицинского персонала медикаментозное лечение), в палатах класса: *люкс, одно-, двух-, трехместная.*
2. Оказание медицинской помощи и консультации врачей-специалистов.
3. Лабораторные и инструментальные диагностические исследования.
4. Лечебные процедуры, в т.ч. физиотерапевтические.
5. Медикаментозное лечение, предоставляемое медицинским учреждением.
6. Анестезиологические пособия.
7. Оперативные вмешательства.
8. Реанимационные мероприятия.

В программу «Стационарная помощь ЭКОНОМ» не включены (не предоставляются и не оплачиваются) медицинские услуги, указанные в разделе «Прочие условия для программ ЭКОНОМ».

Программа «Комплексная помощь ЭКОНОМ»

Комплексная помощь ЭКОНОМ - включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь ЭКОНОМ», «Стационарная помощь ЭКОНОМ».

Прочие условия для программ ЭКОНОМ

В программы «Амбулаторная помощь ЭКОНОМ», «Стационарная помощь ЭКОНОМ», «Комплексная помощь ЭКОНОМ» не включаются (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги:

1. Диагностика и лечение мужского и женского бесплодия, импотенции, вопросы планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введение и удаление (без медицинских показаний) ВМС.
2. Прерывание беременности без медицинских показаний.
3. Психотерапия (включая биолокационную диагностику и коррекцию, суггестивную терапию, нейросенсорную разгрузку).
4. Наблюдение беременности, родовспоможение.
5. Лечебные мероприятия, связанные с контактной коррекцией зрения (линзы).
6. Выдача справок для поступающих в учебные заведения, для водительской комиссии, на ношение оружия и загранкомандировок.
7. Терапевтическая и хирургическая стоматология,
8. Ортодонтическая, ортопедическая стоматологическая помощь и имплантология.
9. Экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, ЛОК, УФО-крови).
10. Баротерапия, гипокситерапия, капсула «Санспектра».

11. Нейрохирургические и кардиохирургические оперативные вмешательства (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, стабилизирующие системы).
12. Консультации психотерапевта, психиатра, фтизиатра, миколога, диетолога, косметолога, сурдолога, сомнолога.
13. Водные (оздоровительное плавание в бассейне), термические (сауна) процедуры, занятия в тренажерном зале.
14. Медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний:

14.1. Врожденные и наследственные заболевания, в том числе заболевания крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и тканей и их осложнений.

14.2. Сахарный диабет I и II типа и его осложнений.

14.3. Заболевания передающиеся половым путем (ВИЧ-инфекция, сифилис, гонорея, мягкий шанкр и др.), и их осложнения.

14.4. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, эпилепсия, и ее осложнения.

14.5. Профессиональные заболевания.

14.6. Туберкулез, саркоидоз, муковисцедоз независимо от клинической формы и стадии процесса.

14.7. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения.

14.8. Заболевания органов и тканей, включая сердечно-сосудистую и нервную системы, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, в том числе эндопротезирования.

14.9. Острая и хроническая лучевая болезнь.

14.10. Хронические гепатиты, цирроз печени.

14.11. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматоидный артрит, ревматическая полимиалгия) и их осложнения, системные васкулиты и их осложнения, демиелинизирующие заболевания нервной системы.

14.12. Иммунодефицитные состояния, глубокие и распространенные микозы, псориаз и его осложнения.

15. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

Программа «Амбулаторная помощь ПЛЮС, включая стоматологическую помощь»

Договор по данной программе заключается только при коллективной форме проведения страхования.

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях в следующем объеме:

1. Оказание квалифицированной медицинской помощи терапевтом.

2. Оказание специализированной медицинской помощи врачами-специалистами:

- гастроэнтерологом;
- аллергологом-иммунологом;
- пульмонологом;
- эндокринологом;
- кардиологом;
- ревматологом;
- неврологом;
- хирургом;
- онкологом *);
- проктологом;
- урологом;
- оториноларингологом;
- офтальмологом;
- гинекологом;
- дерматологом;
- нефрологом;
- травматологом-ортопедом;
- физиотерапевтом;
- врачом ЛФК;
- анестезиологом;
- мануальным терапевтом;
- психотерапевтом;
- рефлексотерапевтом.

<u>*) Примечание</u>: врач-онколог осуществляет консультативную помощь в организации ранней диагностики новообразований основных локализаций, до установления диагноза.

3. Диагностические исследования:

3.1. Лучевые исследования – по назначению врача при наличии медицинских показаний:
рентгенодиагностические исследования любой степени сложности;
исследования на рентгеновском компьютерном томографе;
исследования на магнитно-резонансном томографе.

3.2.Функциональные исследования – по назначению врача при наличии медицинских показаний:

- электрокардиография;
- функциональные нагрузочные пробы;
- спирография и исследование функции внешнего дыхания (бодиплетизмография);
- допплероэхокардиография (включая цветное допплеровское картирование);
- холтеровское мониторирование;
- суточное мониторирование артериального давления.

3.3. Эндоскопические исследования – по назначению врача при наличии медицинских показаний.
3.4. Ультразвуковые исследования – по назначению врача при наличии медицинских показаний.
3.5. Лабораторные исследования - по назначению врача при наличии медицинских показаний.

4. Физиотерапевтическое лечение:

4.1. Лечение токами и полями - не более 10 процедур (1-го курса) 3-х видов в год.
4.2. Термические и водные процедуры (кроме гидротермотерапии-сауна) – не более 10 процедур (1-го курса) 3-х видов в год.
4.3. Массажи - не более 2-х курсов (10 сеансов) в течение года.
4.4. Иглорефлексотерапия – не более 2-х курсов в год.
4.5. Гидроколонотерапия - не более 5-ти процедур в год.
4.6. Мануальная терапия – не более 2-х курсов в год.

5. ***Лечебная физкультура*** *(за исключением: гимнастики при ожирении; гимнастики для укрепления мышц с использованием мячей для фитнеса, гимнастики в тренажерном зале*) - не более 2-х курсов по 10 сеансов в течение года.

6. «Стоматологическая помощь».

1.2.1. Проведение первичного осмотра врачом-стоматологом с составлением плана лечения.
1.2.2. Лечение стоматитов.
1.2.3. Обучение правилам рациональной гигиене полости рта - один раз в год, профилактические лечебные мероприятия.
1.2.4. Стоматологическая терапевтическая и хирургическая помощь,

за исключением медицинских услуг:

- восстановление формы зуба при полном отсутствии коронки зуба;
- реставрация зубных рядов (тремы, диастемы);
- реставрация при врожденных аномалиях формы зуба;
- введение и удаление имплантантов;
- вестибулопластика;
- вестибулопластика с аутотрансплантацией;
- шинирование зубов с применением стекловолоконных материалов (риббонд и др.), крепление к коронке одного зуба.

1.2.5. Подготовка к протезированию и протезирование отечественными и импортными материалами.

7. Лечение в условиях дневного стационара.

В программу «Амбулаторная помощь ПЛЮС, включая стоматологическую помощь» не включены (не предоставляются и не оплачиваются) медицинские услуги, указанные в разделе «Прочие условия для программ ПЛЮС».

Программа «Стационарная помощь ПЛЮС»

Перечень услуг, предоставляемый в рамках программы

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования при экстренной и плановой госпитализации.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованных, которое характеризуется симптомами, способными поставить под угрозу жизнь или привести к инвалидности, а также перевести острое заболевание в хроническое, если не будет оказана медицинская помощь в условиях стационара.

Плановая госпитализация осуществляется с целью обследования и лечения Застрахованных в случаях, когда диагностические и лечебные манипуляции невозможно провести в поликлинических условиях и/или поликлиническое лечение оказывавшееся Застрахованному в течение длительного периода оказалось неэффективно.

Данные виды медицинской помощи оказываются в объеме:

1. Пребывание в стационаре (питание, уход медицинского персонала медикаментозное лечение), в палатах класса: *люкс, одно-, двухместная.*
2. Оказание медицинской помощи и консультации врачей-специалистов.
3. Лабораторные и инструментальные диагностические исследования.
4. Лечебные процедуры, в т.ч. физиотерапевтические.
5. Медикаментозное лечение, предоставляемое медицинским учреждением.
6. Анестезиологические пособия.
7. Оперативные вмешательства.
8. Реанимационные мероприятия.

В программу «Стационарная помощь ПЛЮС» не включены (не предоставляются и не оплачиваются) медицинские услуги, указанные в разделе «Прочие условия для программ ПЛЮС».

Программа «Комплексная помощь ПЛЮС (без РВЛ)

Комплексная медицинская помощь ПЛЮС (без РВЛ) - включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь ПЛЮС, включая стоматологическую помощь», «Стационарная помощь ПЛЮС».

Программа «Комплексная помощь ПЛЮС

Комплексная медицинская помощь ПЛЮС - включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь ПЛЮС, включая стоматологическую помощь», «Стационарная помощь ПЛЮС», а также «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение».

Программа «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение».

Договор страхования по данной программе заключается только в составе программы «Комплексная помощь ПЛЮС»

Перечень услуг, предоставляемый в рамках в программы

«Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»

1. Осмотр и консультации врачей.

- аллерголог;
- гастроэнтеролог;
- гематолог;
- гинеколог;
- дерматолог;
- инфекционист;
- кардиоревматолог;
- невропатолог;
- нейрохирург;
- нефролог;
- ортопед-травматолог;
- хирург;
- отоларинголог;
- офтальмолог;
- педиатор;
- проктолог;
- психиатр-нарколог;
- психолог;
- психотерапевт;
- пульмонолог;
- стоматолог;
- терапевт;
- уролог;
- эндокринолог.

2. Стандартный объём диагностических, лабораторных и инструментальных исследований

2.1. Инструментальных:

- рентгенологические исследования;
- функциональные исследования;
- ультразвуковые исследования;
- эндоскопические исследования;
- рентгенодиагностика, компьютерная томография;

Лабораторные:

- анализ крови;
- анализ мочи общий;
- копрограмма;
- аллергологические исследования;
- гистологическое исследование биопсийного материала;
- определение группы и резус-фактора;
- биохимический анализ крови;
- кал на дисбактериоз;
- иммунологические исследования;
- обследование на ВИЧ;
- обследование на RW;
- колькоскопия;
-цитологические исследования.

3. Пребывание в медицинском учреждении, оказывающем реабилитационно-восстановительное лечение (диетическое питание, уход медицинского персонала), в палатах класса: одно-, двух-, трехместная, палата «Люкс», курация больного.
4. Лекарственное обеспечение, перевязочные материалы, анестетики, кислород.

Реабилитационно-восстановительное лечение:

Лечебные процедуры:

- лечебная физкультура;
- массаж и врачебные манипуляции: головы, лица, шеи, воротниковой зоны, спины и поясницы, верхней конечности, нижней конечности, общий массаж и др.;
- мануальная терапия;
- водолечение: йодо-бромная, жемчужная, кислородная, хвойная, скипидарная, вихревая, ароматизированная, полынная и др. ванны, общий гидромассаж, душ Шарко, веерный, циркулярный, термотерапия;
- парафиноозокеритогрязелечение;
- электролечение;
- лор-кабинет;
- лечение по методу Р.Фолля;
- минеральные ванны и грязелечение;
- солнечные, воздушные и морские ванны.

Прочие условия для программ ПЛЮС

В программы «Амбулаторная помощь ПЛЮС, включая стоматологическую помощь», «Стационарная помощь ПЛЮС», «Комплексная помощь ПЛЮС (без РВЛ)», «Комплексная помощь ПЛЮС» не включаются (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги:

1. Диагностика и лечение мужского и женского бесплодия, импотенции, вопросы планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введение и удаление (без медицинских показаний) ВМС.
2. Прерывание беременности без медицинских показаний.
3. Психотерапия (включая биолокационную диагностику и коррекцию, суггестивную терапию, нейросенсорную разгрузку).
4. Наблюдение беременности, родовспоможение.
5. Лечебные мероприятия, связанные с контактной коррекцией зрения (линзы).
6. Выдача справок для поступающих в учебные заведения, для водительской комиссии, на ношение оружия и загранкомандировок.
7. Терапевтическая и хирургическая стоматология, в объеме: замена пломб в косметических целях, восстановление коронковой части зуба при разрушении более чем 50% объема коронки зуба, в т.ч. с использованием анкерных штифтов, пломбирование каналов термофилами, профилактические или косметические мероприятия (отбеливание зубов, покрытие зубов фторсодержащими материалами, герметизация фиссур, снятие цветных налетов), лечение врожденных заболеваний и аномалий развития, в том числе удаление ретинированых и дистопированых зубов, терапевтическое и хирургическое лечение парадонтоза.
8. Ортодонтическая, ортопедическая стоматологическая помощь и имплантология.
9. Экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, ЛОК, УФО-крови).
10. Баротерапия, гипокситерапия, капсула «Санспектра».
11. Нейрохирургические и кардиохирургические оперативные вмешательства (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, стабилизирующие системы).
12. Консультации психиатра, фтизиатра, миколога - после установления диагноза заболевания, не являющегося страховым случаем, диетолога, косметолога, сурдолога, сомнолога.
13. Водные (оздоровительное плавание в бассейне), термические (сауна) процедуры, занятия в тренажерном зале.
14. Медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний:
    14.1. Врожденные и наследственные заболевания, в том числе крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и тканей и их осложнений.
    14.2. Сахарный диабет I и II типа и его осложнений.
    14.3. Заболевания передающиеся половым путем (ВИЧ-инфекция, сифилис, гонорея, мягкий шанкр и др.), и их осложнения.
    14.4. Психические заболевания и их осложнения, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения, эпилепсия, и ее осложнения.
    14.5. Лечение профессиональных заболеваний.
    14.6. Туберкулез, саркоидоз, муковисцедоз независимо от клинической формы и стадии процесса.
    14.7. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения.
    14.8. Заболевания органов и тканей, включая сердечно-сосудистую и нервную системы, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, в том числе эндопротезирования.
    14.9. Острая и хроническая лучевая болезнь.
    14.10. Хронические гепатиты, цирроз печени.
    14.11. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматоидный артрит, ревматическая полимиалгия) и их осложнения, системные васкулиты и их осложнения, демиелинизирующие заболевания нервной системы.
    14.12. Иммунодефицитные состояния, глубокие и распространенные микозы, псориаз и его осложнения.
15. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским.

ПРОГРАММЫ ДЛЯ МАЛОГО БИЗНЕСА

Программа «Диагностика» (базовое покрытие)

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Оказание квалифицированной медицинской помощи терапевтом - *без ограничений, терапевтом для застрахованного в первую очередь является доверенный врач компании.*

► Оказание специализированной медицинской помощи врачами-специалистами *в объеме не более 3 консультаций в год:* гастроэнтерологом; аллергологом-иммунологом; пульмонологом; эндокринологом; кардиологом; ревматологом; неврологом; хирургом; онкологом (врач-онколог осуществляет консультативную помощь в организации ранней диагностики новообразований основных локализаций, до установления диагноза) проктологом; урологом; офтальмологом; гинекологом; дерматологом; нефрологом; травматологом-ортопедом; физиотерапевтом; врачом ЛФК; анестезиологом; оториноларингологом.

► Диагностические исследования:

Лучевые исследования:
- рентгенодиагностические исследования любой степени сложности;
- исследования на рентгеновском компьютерном томографе, на магнитно-резонансном томографе (КТ **или** МРТ не более 1 раза в год).

Функциональные исследования:
- электрокардиография;
- функциональные нагрузочные пробы в объеме не более 1 раза в год;
- спирография и исследование функции внешнего дыхания (бодиплетизмография) в объеме не более 1 раза в год;
- холтеровское мониторирование в объеме не более 1 раза в год;

Эндоскопические исследования в объеме не более 2 раз в год;

Ультразвуковые исследования в объеме не более 3 раз в год, при этом УЗДГ БЦС и ЦДК 1 раз в год;

Лабораторные исследования (исследования каждого вида: общеклинические, бактериологические, биохимические и пр. не более 2 раз в год):
- бактериологические, биохимические исследования (в объеме не более 5 показателей за один законченный случай лечения);
- цитологические (онкомаркеры не более 1 показателя за один законченный случай лечения);
- гормональные исследования (в объеме не более 3 показателей одного вида за один законченный случай лечения);
- коагулогические исследования,
- микробиологические исследования,
- общеклинические исследования,
- иммунологические и серологические исследования,
- гистологические исследования.

Программа «Поликлиника» (базовое покрытие)

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Услуги, определенные программой ДМС «Диагностика» (базовое покрытие)

► Физиотерапевтическое лечение *в объеме не более 10 сеансов (процедур) за период страхования:*

- Лечение токами и полями (электро-, свето-, тепло-, магнито-, лазеротерапия), ингаляции, термические и водные процедуры в объеме не более 5 процедур в год;
- Термические и водные процедуры (кроме гидротермотерапии-сауна) в объеме не более 5 процедур в год;
- Массажи в объеме не более 5 сеансов в год;
- Классическая корпоральная иглорефлексотерапия в объеме не более 5 сеансов в год;
- Гидроколонотерапия в объеме не более 5 процедур в год;
- Лечебная физкультура (за исключением: гимнастики при ожирении; гимнастики для укрепления мышц с использованием мячей для фитнеса, гимнастики в тренажерном зале) в группе в объеме не более 5 сеансов в год.

► Лечебные манипуляции:

- услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.
- выполняемые врачами процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией.

Программа «Поликлиника +» (базовое покрытие)

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Услуги, определенные программой ДМС «Поликлиника» (базовое покрытие)

► Проведение первичного осмотра врачом-стоматологом с составлением плана лечения

► Стоматологическая терапевтическая и хирургическая помощь *(лечение не более 2 единиц за период страхования):*

- консультативные услуги врачей-стоматологов;
- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реодентография и др.) по показаниям врачей-стоматологов;
- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры с использованием свето- и химиоотверждаемых композитных материалов:
  - ~лечение кариеса, пульпита, периодонтита, пломбирование;
  - ~лечение зубов при условии разрушения коронковой части зуба не более 50% без использования анкерного штифта;
- снятие зубных отложений по медицинским показаниям (ручным, УЗИ методом);
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка (стоматит, гингивит);
- лечебные хирургические мероприятия (анестезия местная, инфильтрационная, проводниковая при удалении зуба, удаление зуба, цистотомия, остановка кровотечения)

Программа «Диагностика» (расширенное покрытие)

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Оказание квалифицированной медицинской помощи терапевтом - *без ограничений, терапевтом для застрахованного в первую очередь является доверенный врач компании.*

► Оказание специализированной медицинской помощи врачами-специалистами*:* гастроэнтерологом; аллергологом-иммунологом; пульмонологом; эндокринологом; кардиологом; ревматологом;

неврологом; хирургом; онкологом (врач-онколог осуществляет консультативную помощь в организации ранней диагностики новообразований основных локализаций, до установления диагноза) проктологом; урологом; офтальмологом; гинекологом; дерматологом; нефрологом; травматологом-ортопедом; физиотерапевтом; врачом ЛФК; анестезиологом; оториноларингологом; мануальным терапевтом; рефлексотерапевтом.

► Диагностические исследования:

Лучевые исследования:
- рентгенодиагностические исследования любой степени сложности;
- исследования на рентгеновском компьютерном томографе, на магнитно-резонансном томографе (КТ **и** МРТ не более 2 раз в год).

Функциональные исследования:
- электрокардиография;
- функциональные нагрузочные пробы;
- спирография и исследование функции внешнего дыхания (бодиплетизмография);
- допплероэхокардиография (включая цветное допплеровское картирование);
- холтеровское мониторирование;
- суточное мониторирование артериального давления.

Эндоскопические исследования;

Ультразвуковые исследования (УЗДГ БЦС и ЦДК 1 раз в год);

Лабораторные исследования:
- бактериологические, биохимические исследования;
- цитологические;
- гормональные исследования;
- коагулогические исследования,
- микробиологические исследования,
- общеклинические исследования,
- иммунологические и серологические исследования,
- гистологические исследования.

Программа «Поликлиника» (расширенное покрытие)

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Услуги, определенные программой ДМС «Диагностика» (расширенное покрытие)

► Физиотерапевтическое лечение:
- Лечение токами и полями (электро-, свето-, тепло-, магнито-, лазеротерапия), ингаляции, термические и водные процедуры в объеме не более 10 процедур (1 курса) 3 видов в год;
- Термические и водные процедуры (кроме гидротермотерапии-сауна) в объеме не более 10 процедур (1 курса) 3 видов в год;
- Массажи в объеме не более 1 курса (10 сеансов) в год;
- Классическая корпоральная иглорефлексотерапия в объеме не более 2 курсов в год;
- Гидроколонотерапия в объеме не более 5 процедур в год;
- Мануальная терапия в объеме не более 1 курса (10 сеансов) в год;
- Лечебная физкультура (за исключением: гимнастики при ожирении; гимнастики для укрепления мышц с использованием мячей для фитнеса, гимнастики в тренажерном зале в объеме не более 1 курса в год.

► Лечебные манипуляции:

- услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача.
- выполняемые врачами процедуры и оперативные вмешательства, не требующие госпитализации и проводимые под местной анестезией.

► Дневной стационар
► Лечебно-диагностическая помощь на дому у пациента с привлечением при необходимости специалистов-консультантов. Медицинская помощь на дому оказывается клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение: первичные, повторные осмотры врача-терапевта, педиатра на дому.

Программа «Поликлиника +» (расширенное покрытие)

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату необходимых медицинских услуг (при наличии медицинских показаний по назначению врача) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Услуги, определенные программой ДМС «Поликлиника» (расширенное покрытие)
► Проведение первичного осмотра врачом-стоматологом с составлением плана лечения
► Стоматологическая терапевтическая и хирургическая*:*
- консультативные услуги врачей-стоматологов
- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реодентография и др.) по показаниям врачей-стоматологов;
- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры с использованием свето- и химиоотверждаемых композитных материалов:
  ~ лечение кариеса, пульпита, периодонтита, пломбирование
  ~ лечение зубов при условии разрушения коронковой части зуба не более 50% без использования анкерного штифта
- снятие зубных отложений по медицинским показаниям (ручным, УЗИ методом)
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка (стоматит, гингивит);
- лечебные хирургические мероприятия (анестезия местная, инфильтрационная, проводниковая при удалении зуба, удаление зуба, цистотомия, остановка кровотечения);
- лечение пародонтита, пародонтоза

Программа «Экстренный стационар»

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования при экстренной госпитализации.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованных, которое характеризуется симптомами, способными поставить под угрозу жизнь или привести к инвалидности, а также перевести острое заболевание в хроническое, если не будет оказана медицинская помощь в условиях стационара.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Пребывание в стационаре (питание, уход медицинского персонала медикаментозное лечение), в палатах класса: люкс, одно-, двухместная.
► Оказание медицинской помощи и консультации врачей-специалистов.
► Лабораторные и инструментальные диагностические исследования.
► Лечебные процедуры, в т.ч. физиотерапевтические.
► Медикаментозное лечение, предоставляемое медицинским учреждением.
► Анестезиологические пособия.
► Оперативные вмешательства.
► Реанимационные мероприятия.

Программа «Стационар»

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования при экстренной или плановой госпитализации.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованных, которое характеризуется симптомами, способными поставить под угрозу жизнь или привести к инвалидности, а также перевести острое заболевание в хроническое, если не будет оказана медицинская помощь в условиях
Плановая госпитализация осуществляется с целью обследования и лечения Застрахованных в случаях, когда диагностические и лечебные манипуляции невозможно провести в поликлинических условиях и/или поликлиническое лечение оказывавшееся Застрахованному в течение длительного периода оказалось неэффективно.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Пребывание в стационаре (питание, уход медицинского персонала медикаментозное лечение), в палатах класса: люкс, одно-, двухместная.
► Оказание медицинской помощи и консультации врачей-специалистов.
► Лабораторные и инструментальные диагностические исследования.
► Лечебные процедуры, в т.ч. физиотерапевтические.
► Медикаментозное лечение, предоставляемое медицинским учреждением.
► Анестезиологические пособия.
► Оперативные вмешательства.
► Реанимационные мероприятия.

Программа «Скорая помощь»

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы лечебно-диагностической помощи, в том числе при экстренных и неотложных состояниях.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Скорая помощь при экстренных и неотложных состояниях:
- выезд бригады скорой медицинской помощи в населенном пункте проживания и в иных местах пребывания, удаленных от основного места жительства до 50 км,
- первичный осмотр больного,
- проведение экстренных диагностических и лечебных мероприятий по месту вызова, так и в приемном покое стационара,
- пребывание бригады скорой помощи до купирования неотложного состояния.
- экстренная транспортировка в стационар и, при отсутствии показаний для госпитализации, обратно.

Программа «Врач в офис»

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы лечебно-диагностической помощи, оказываемой доверенным врачом Страховщика в офисе Страхователя. Договор по данной программе заключается при страховании более 51 человека.

Перечень медицинских услуг включаемых в программу страхования

► Динамическое наблюдение и лечение непосредственно на рабочем месте (на территории Страхователя) по графику, согласованному со Страхователем, но не чаще 2-х раз в неделю;
► Предоставление по медицинским показаниям диагностических, консультационных услуг и мероприятий;
► Организация плановой госпитализации по медицинским показаниям в стационарные медицинские учреждения;
► Оформление медицинской документации (справки, рецепты, направления);

► Организация консультаций специалистов и инструментальных исследований в базовом медицинском учреждении (в соответствии с программой добровольного медицинского страхования);
► Организация консультаций специалистов и инструментальных исследований непосредственно на рабочем месте (на территории Страхователя) по согласованию со Страховщиком;
► Обеспечение медикаментами, пополнение их в случае необходимости и контроль за их расходованием.

Исключения из программ ДМС для малого бизнеса

В программы ДМС для малого бизнеса не включены (не предоставляются и не оплачиваются) следующие медицинские услуги, связанные с лечением заболеваний:
1.1. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений (после установления диагноза);
1.2. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
1.3. Заболеваний, передающиеся половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
1.4. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения;
1.5. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;
1.6. Туберкулеза;
1.7. Хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
1.8. Муковисцидоза, амилоидоза, саркоидоза.
1.9. Системных заболеваний соединительной ткани, в том числе воспалительных артропатий и спондилопатий;
1.10. Нейродегенеративных и демиелинизирующих заболеваний нервной системы, миастении.
1.11. Острой и хронической лучевой болезни;
1.12. Профессиональных заболеваний;
1.13. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутотрансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе), реконструктивно-восстановительных операций, высокотехнологичных видов медицинской помощи (кроме операций проводимых по витальным показаниям в ургентных ситуациях);
1.14. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, туляремия, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
1.15. Хронических гепатитов: B, C, D, E и др.;
1.16. Сахарного диабета 1 и 2 типа и их осложнений;
1.17. Заболеваний, вызванных нарушением обмена веществ: ожирение, подагра, гиперхолестеринемия, нарушение толерантности к глюкозе, метаболический синдром;
1.18. Динамическое наблюдение при поддерживающей гормональной терапии, при гипоэстрогенных состяниях, при лечении заболеваний щитовидной железы и терапии антикоагулянтами;
1.19. Диагностика и лечение аллерго- и иммунозаболеваний, в т.ч. псориаза, генерализованных поверхностных и глубоких микозов, онихомикозов, экземы, нейродермита, атопический дерматита, аллопеции, угревой сыпи, себореи, ксероза, ихтиоза;
1.20. Катаракты, хориоретинальной дистрофии, глаукомы вне обострения и диспансерное наблюдение этих заболеваний; косоглазия, астенопии, астигматизма, макулодистрофии, амблиопии; халязиона без гнойных осложнений; сезонного блефарита.
1.21. Диагностика и лечение вегетативной дисфункции.

2. АО «ОСК» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:
2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов (кроме случаев, предусмотренных Программой страхования), диспансеризация (кроме случаев, предусмотренных Программой страхования);

2.3. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок в бассейн, для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия и т.д., кроме случаев, предусмотренных программами добровольного медицинского страхования Страховщика;
2.4. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение (кроме случаев, предусмотренных договором страхования);
2.5. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения;
2.6. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), контагиозного моллюска;
2.7. Специфическая иммунизация с различными аллергенами.
2.8. Склеротерапия вен; эндовенозная лазерная облитерация вен.
2.9. Хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, в том числе, восстановление зрительных функций при амблиопии и косоглазии, аппаратно-программный комплекс с модулем "Пульс" (игровой приставкой) для лечения и реабилитации методом БОС "БОСПУЛЬС и другие методы;
2.10. В стоматологии: консультация ортопеда, лечение зубов, покрытых ортопедическими конструкциями; зубопротезирование и подготовка к нему, включающая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб с косметической или профилактической целью, имплантация, косметология в стоматологии (отбеливание зубов, снятие налетов, в том числе Air Flow, кроме случаев, разрешенных программой); ортодонтия в полном объеме; Хирургическое и терапевтическое (кроме случаев, предусмотренных программой страхования) лечение заболеваний пародонта; лечение некариозных поражений зубов (клиновидный дефект и др.), проведение пластических и лоскутных операций; запечатывание фиссур герметиком; использование термофилов, коффердама, парапульпарных и анкерных штифтов, лечение, включая эндодонтические манипуляции, и восстановление зубов, при разрушении коронковой части зуба более 50% (степень разрушения определяется лечащим врачом после лечения каналов, полного удаления старой пломбы и всех пораженных кариесом тканей), глубокое фторирование зубов;
2.11. Пластические операции всех видов, в том числе устранения приобретенных дефектов и деформаций органов полости рта и лицевого скелета;
2.12. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.);
2.13. Реабилитация в любых медицинских учреждениях, кроме случаев, предусмотренных программами медицинского страхования; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;
2.14. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку, а также дорогостоящие лекарственные препараты кроме случаев их применения по витальным показаниям в ургентных ситуациях;
2.15. Экстракорпоральные методы лечения (лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр.), программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо-; гипербарическая оксигенация, УФО крови, лазерное облучение крови, озонотерапия (кроме случаев лечения в реанимационных отделениях стационаров), специфическая аллерген-иммунотерапия, ударно-волновая терапия;
2.16. Услуги генетика, диетолога, логопеда, сурдолога, психиатра, психотерапевта, андролога, генетика, гомеопата, косметолога, логопеда, паразитолога, психоаналитика, сексопатолога, сомнолога, трихолога, фонопеда, фониатра, врача традиционной медицины;

2.17. Диагностика и лечение ронхопатии (храпа) и апноэ во сне. Диагностика и лечение с использованием авторских методов в ЛПУ, не предусмотренных программой страхования.
2.18. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг по программам «Экстренная стационарная помощь», «Плановая и экстренная стационарная помощь», связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара;
2.19. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при отсутствии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи;
2.20. Бальнеологическое лечение, водные процедуры, галокамера, озонотерапия, тренажеры, солярий, грязелечение, бассейн, сауна, мониторинговая очистка кишечника;
2.21. ПЦР-диагностика урогенитальных инфекций;
2.22. мануальная терапия в любом объеме (если не включена в программу);
2.23. дневной стационар, стационар одного дня, стационар на дому (если не включен в программу);

3. Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание из числа указанных «Исключений из страхового покрытия», а также при первичном выявлении названных заболеваний, АО «ОСК» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

Программа «АНТИКЛЕЩ»

Страховым событием является обращение в лечебное учреждение и оказание медицинской помощи при заболеваниях, возникших после укуса клеща:

- клещевой энцефалит,
- болезнь Лайма (боррелиоз),
- моноцитарный эрлихиоза,
- гранулоцитарный анаплазмоз.

Объём предоставляемых услуг:

1. Консультация врача-инфекциониста, терапевта, врача общей практики.
2. Консультация хирурга.
3. Оказание первичной неотложной медицинской помощи после укуса клеща: удаление клеща, обработка места укуса, серологическое исследование клеща.
4. Диагностические исследования:
   - иммунологические и серологические исследования для постановки диагноза клещевой энцефалит, болезнь Лайма (боррелиоз), моноцитарного эрлихиоза, гранулоцитарного анаплазмоза) в клещах, ликворе, аутоптатах;
   - общий анализ крови, мочи не более 2 единиц за период страхования.
5. Услуги среднего медицинского персонала по назначению врача в амбулаторных условиях:
   - забор биологического материала для лабораторных исследований;
   - введение противоклещевого человеческого иммуноглобулина медицинской сестрой (не позднее 72 часов с момента укуса клеща, не более 2-х раз за срок страхования при повторных укусах);
   - медицинские манипуляции (по назначению врача): инъекции, капельные вливания;
   - введение иммуноглобулина после укуса клеща;
6. Лекарственное обеспечение:
   - иммуноглобулином для введения после укуса клеща;
   - антибактериальными химиопрепаратами на 1 курс при амбулаторном лечении болезни Лайма (боррелиоза).

7. Оплата дополнительных медицинских услуг и дополнительных лекарственных средств в стационарных условиях (не входящих в объём территориальной программы оказания медицинской помощи населению) в размере, не превышающем индивидуальной страховой суммы Застрахованного в случае заболевания клещевым энцефалитом, возникшим не смотря на своевременное введение иммуноглобулина после укуса клеща, или боррелиозом (болезнью Лайма), или моноцитарным эрлихиозом, или гранулоцитарным анаплазмозом.

Программа «АНТИКЛЕЩ+».

Оказание медицинской (в том числе лекарственной) помощи застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Условия страхования:

- Оказание медицинских услуг проводится не ранее, чем через 4 суток после заключения Договора страхования;
- Застрахованными по настоящей Программе являются лица, на момент подписания Договора страхования, не подвергшиеся укусу клеща.

Медицинская помощь оказывается по специальности **инфекционные болезни** - заболевания клещевым энцефалитом, болезнью Лайма (боррелиозом).

Объём предоставляемых услуг:

- Оказание первой медицинской помощи при укусе клеща:
  - приём и консультация врача по факту укуса (присасывания) клеща;
  - удаление клеща;
  - обработка места укуса;
  - профилактическое введение противоклещевого человеческого иммуноглобулина медицинской сестрой (не позднее 72 часов с момента укуса клеща, не более 1 раза в месяц, не более 2-х раз за срок страхования при повторных укусах)
- Обследование клеща для определения наличия вируса клещевого энцефалита, возбудителя боррелиоза (болезни Лайма):
  - принимаются на исследование только клещи, нарушившие целостность кожных покровов (по факту укуса (присасывания) клеща)
  - исследование клеща проводится при условии, что давность укуса клещом составляет не более 24 часов
  - исследование клеща проводится при условии, что клещ не поврежден и не обработан химическими средствами;
  - исследований клещей проводится не более 2-х раз за время действия полиса;

  Допускается проведение серопрофилактики клещевого энцефалита без проведения анализа. В данном случае тест клеща на наличие вируса клещевого энцефалита не предусмотрен.
- При положительном анализе клеща на наличие вирусов – консультация врача-инфекциониста;
- Исследование крови на наличие вирусов по направлению врача-инфекциониста:
  - при положительном анализе клеща на клещевой энцефалит - не ранее чем через 10 дней с момента укуса;
  - при положительном анализе клеща на клещевой боррелиоз – не ранее 30 дней с момента укуса.
- При наличии у Застрахованного медицинских противопоказаний к введению иммуноглобулина предоставляется лекарственное обеспечение в объеме назначения врача по профилактике

заболеваний в течение срока, не превышающего инкубационный период (до 30 дней с момента укуса клеща)

- В случае заболевания клещевым энцефалитом, возникшим не смотря на своевременное введение иммуноглобулина после укуса клеща, или боррелиозом (болезнью Лайма) оплата дополнительных медицинских услуг и дополнительных лекарственных средств в стационарных условиях (не входящих в объём территориальной программы оказания медицинской помощи населению) в размере, не превышающем индивидуальной страховой суммы Застрахованного;
- Застрахованным лицам, перенесшим заболевание, связанное с укусом (присасыванием) клеща произошедшим в период действия договора страхования, в тяжелой форме при наличии прямых медицинских показаний и направления лечащего врача стационара предоставляется оплата курса реабилитационно-восстановительного лечения сроком не более 14 дней

Страховыми случаями не являются:

1. прививочный энцефалит (энцефаломиелит);
2. заболевания, которые не связанные непосредственно с укусом клещом.

Страховым случаем не является обращение Застрахованного:

1. за медицинскими услугами/лекарственным обеспечением, предусмотренными настоящей Программой, за пределами срока страхования/действия договора страхования;
2. за проведением иммунопрофилактики спустя 72 часа с момента укуса клеща;
3. за медицинскими услугами/лекарственным обеспечением после проведения иммунопрофилактики при отсутствии подозрения на заболевание;
4. за медицинскими услугами/лекарственным обеспечением, в т.ч. за возмещением затрат на мед.услуги/лекарственные средства по поводу заболевания (подозрения на заболевание) Застрахованного, не прошедшего иммунопрофилактику или прошедшего спустя 72 часа с момента укуса клеща;
5. за медицинскими услугами, которые не были назначены врачом, либо были оказаны/назначены по желанию Застрахованного;
6. за лекарственными препаратами, которые не были назначены врачом, либо за возмещением затрат на препараты, которые были приобретены по желанию Застрахованного или на амбулаторном этапе лечения;
7. за медицинскими услугами (в т.ч. за лекарственными препаратами) по поводу иных заболеваний, кроме указанных в Программе;
8. за медицинскими услугами/лекарственным обеспечением, необходимость которых возникла в результате укуса клеща, полученного до начала действия Договора страхования;
9. по поводу исследования клеща спустя более 24 часов с момента снятия клеща;
10. по поводу исследования крови на наличие вирусов при отсутствии медицинских показаний, либо ранее сроков, указанных в Программе страхования или по желанию Застрахованного лица;
11. за медицинскими услугами/лекарственным обеспечением, не предусмотренными Программой или в объеме, превышающем объем, установленный Программой.

Не оплачиваются медицинские услуги и не подлежат возмещению затраты на медицинские услуги/лекарственное обеспечение по заболеванию или при подозрении на заболевание в случае:

1. отказа Застрахованного лица от первично предложенной врачом госпитализации, либо переноса срока госпитализации по инициативе Застрахованного;
2. если Застрахованный нарушил рекомендации, предписания или назначения врача, с момента внесения записи о нарушении в медицинскую документацию;
3. непредставления какого-либо из документов, указанных в п.3.6. – 3.8 настоящей Программы

По настоящей Программе не подлежат оплате:

1. методы лечения и диагностики, являющиеся экспериментальными, авторскими или исследовательскими;
2. биологически-активные добавки (БАДы);
3. лекарственные препараты, не разрешенные к реализации на территории РФ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к Правилам добровольного медицинского страхования

Образец полиса добровольного медицинского страхования. Форма 1.

***Примечание**. Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Объединенная Страховая Компания Основана в 1990г.	Договор ДМС № от
Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования редакция _____ года.	
СТРАХОВАТЕЛЬ Адрес, телефон	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ • ФАМИЛИЯ • ИМЯ • ОТЧЕСТВО ДАТА РОЖДЕНИЯ ПОЛ АДРЕС, ТЕЛЕФОН АДРЕС ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ (если предусмотрено договором страхования) ГРУППА ЗДОРОВЬЯ МЕСТО РАБОТЫ	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	

	ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	СТРАХОВАЯ СУММА (РУБ)	ТАРИФ	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (РУБ)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА				
ПРИЛАГАЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ, ЯВЛЯЮТСЯ НЕОТЪЕМЛИМОЙ ЧАСТЬЮ ПОЛИСА		Перечень медицинских учреждений Перечень медицинских услуг по программ ДМС Перечень медицинских услуг, не являющихся страховым событием по договору ДМС		
СТРАХОВАТЕЛЬ _____(_____) Дата		СТРАХОВЩИК _____(_____) м.п. дата		

Образец полиса добровольного медицинского страхования. Форма 2.

***Примечание**. Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Только для коллективной формы страхования.

Объединенная Страховая Компания
Основана в 1990г.

443099, Россия, г. Самара,
ул. Молодогвардейская, 94,
телефон (846) 212-99-55.

ПОЛИС Серия №

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Застрахованный:	
Дата рождения:	
Адрес:	
Место работы:	

Настоящий страховой медицинский полис (далее «полис») удостоверяет факт заключения Договора добровольного медицинского страхования № _____ от _____ в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования АО «ОСК».

Срок действия договора с _____ по _____

Полис предоставляет программы добровольного медицинского страхования:	

Застрахованное лицо имеет право на получение медицинских услуг только в медицинских организациях, имеющих договоры со Страховщиком, а Страховщик несет ответственность за их объем, качество и условия предоставления.

Оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, производится непосредственно медицинским организациям в порядке и на условиях, установленных договорами с медицинскими организациями.

Дата выдачи полиса _____

Страховщик:
АО «ОСК»

Акционерное общество «Объединенная страховая компания» г.Самара Российская Федерация ОСК

(подпись)

М.П.

Страхователь:

_____
(подпись)

М.П.

Образец карточки добровольного медицинского страхования. Форма 3.

***Примечание**. Настоящий документ является образцом карточки. Он оформляется на бланке, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Образец полиса добровольного медицинского страхования. Форма 4.

***Примечание**. Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке строгой отчетности, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Объединенная Страховая Компания
Основана в 1990 г.

ВРАЧ НА СВЯЗИ

ПОЛИС ДМС/В № 00000001

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования на условиях, изложенных в настоящем Полисе и Правилах добровольного медицинского страхования АО «ОСК» редакция 2018 г (далее Правила страхования) по Программе страхования «Врач на связи»

СТРАХОВЩИК	**АО «Объединенная Страховая Компания» Филиал _____** **Лицензия ЦБ РФ СЛ 2346 от 24 апреля 2015, ИНН 6312013969, ОГРН 1026301414930** **Тел.**
СТРАХОВАТЕЛЬ	
Адрес, паспортные данные Страхователя:	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ	
Адрес Застрахованного по месту проживания:	
Дата рождения застрахованного	**Телефон контактный**
ПРОГРАММА ДМС	**«ВРАЧ НА СВЯЗИ»**
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	**(12 месяцев) с « ____ » _____ 20___ г.** **по «____» _____20__г** Договор вступает в силу с 00 час. 00 мин. 10 дня, следующего за днем уплаты страховой премии и после оплаты страховой премии

СТРАХОВАЯ СУММА	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	КВИТАНЦИЯ №
100 000,00	**1 350,00**	

Страховщик

М.П.

Сторонами согласовано использование при совершении сделки факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.

Я даю свое согласие на обработку персональных данных (далее – Согласие), предоставленных мной в АО «ОСК» в связи с заключением настоящего Договора ДМС «Врач на связи», включая любые действия, предусмотренные ФЗ от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее Согласие дано для обработки моих персональных данных, в том числе для их передачи АО «ОСК» третьим лицам, с которыми АО «ОСК» заключило соглашения, содержащие условия о конфиденциальности и неразглашении информации, а также для их хранения АО «ОСК» и третьими лицами, в целях и в сроки, определенных в Договоре. Страхователь гарантирует наличие у него согласия Застрахованного на обработку персональных данных застрахованного.

Страхователь

Дата выдачи полиса: «____»_____ 20__ г.

Образец полиса добровольного медицинского страхования. Форма 5.

***Примечание**. Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке строгой отчетности, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Образец полиса по программе АНТИКЛЕЩ

Объединенная Страховая Компания

ПОЛИС ДМС/А №

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования на условиях, изложенных в настоящем Полисе и Правилах добровольного медицинского страхования АО «ОСК» редак Правила страхования) по Программе страхования «АНТИКЛЕЩ»

СТРАХОВЩИК	**АО «Объединенная Страховая Компания» Филиал** **Тел. Лицензия СЛ № 2346, ИНН 6312013969, ОГРН 1026301414930**
СТРАХОВАТЕЛЬ	
ЗАСТРАХОВАННЫЙ	
Адрес Застрахованного по месту проживания:	
Дата рождения застрахованного	**Телефон контактный**
Программа ДМС	**«АНТИКЛЕЩ»**
Срок действия Договора	**(12 месяцев) с «____» _____ 20___ г. по «____» _____ 20__ г.** Договор вступает в силу с 00 час. 00 мин. четвертого дня, следующего за днем уплаты страховой премии и после оплаты страховой премии
Страховая сумма по программе «АНТИКЛЕЩ»	
Страховая премия (руб.)	
Страховщик	

М.П. *Сторонами согласовано использование при совершении сделки факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.*

Я даю свое согласие на обработку персональных данных (далее – Согласие), предоставленных мной в АО «ОСК» в связи с заключением настоящего Договора ДМС «АНТИКЛЕЩ», включая любые действия, предусмотренные ФЗ от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее Согласие дано для обработки моих персональных данных, в том числе для их передачи АО «ОСК» третьим лицам, с которыми АО «ОСК» заключило соглашения, содержащие условия о конфиденциальности и неразглашении информации, а также для их хранения АО «ОСК» и третьими лицами, в целях и в сроки, определенных в Договоре. Страхователь гарантирует наличие у него согласия Застрахованного на обработку персональных данных застрахованного.

Страхователь

Дата выдачи полиса: «____»_____ 20___ г.

Образец полиса добровольного медицинского страхования. Форма 6.

***Примечание**. Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке строгой отчетности, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Образец полиса по программам АНТИКЛЕЩ; АНТИКЛЕЩ+

Объединенная Страховая Компания
Основана в 1990 г.

СТРАХОВЩИК: АО «ОБЪЕДИНЕННАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ»
443099 Самара, Молодогвардейская, 94

ФИЛИАЛ _____
Адрес Филиала _____

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № У000000

Программа страхования: _____

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования на условиях, изложенных в настоящем Полисе и Правилах добровольного медицинского страхования АО «ОСК» редакция _____ (далее Правила страхования) по Программе страхования _____

СТРАХОВАТЕЛЬ:	**Дата рождения:**
Адрес:	
Паспортные данные:	
Телефон:	**E-mail:**
ЗАСТРАХОВАННЫЙ:	**Дата рождения:**
Адрес, телефон:	
СРОК ДЕЙСТВИЯ: 1 год с 00 ч. 00 м. «____»_____20__г. по 24 ч. 00 м. «____»_____20__г.	
СТРАХОВАЯ СУММА:	
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:	
ФОРМА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ПРЕМИИ:	
ДАТА ОПЛАТЫ:	**№ КВИТАНЦИИ:**

СТРАХОВЩИК подпись

М.П.

Сторонами согласовано использование при совершении сделки факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.

Подписывая настоящий полис, я (Страхователь) свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие АО «ОСК», ОГРН 1026301414930, место нахождения: 443099, г. Самара, ул. Молодогвардейская, д. 94 (далее – Страховщик), на обработку своих персональных данных на следующих условиях:

1. Цель обработки персональных данных: для оказания услуг в области страхования и перестрахования, в целях противодействия неправомерным действиям в сфере страхования и перестрахования, а также в других, не запрещенных законодательством РФ целях, в том числе в целях передачи в Центральный Банк РФ, саморегулируемые организации страховщиков, бюро страховых историй, правоохранительные и контролирующие органы,
2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: персональные данные указанные в настоящем полисе (договоре страхования) и иных документах, представляемых для заключения договора страхования и при наступлении страхового случая; документах, заполняемых медицинскими и фармацевтическими работниками в ходе обследования, лечения, профилактики и реабилитации, а также полученных Страховщиком от иных третьих лиц, в том числе фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, паспортные данные, адрес мест регистрации и фактического проживания, ИНН, имущественное положение, сведения о состоянии здоровья, условия страхования, сведения о суммах страховых выплат и другую информацию прямо или косвенно относящуюся ко мне, которая может быть отнесена в соответствии с законодательством РФ к персональным данным,
3. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие и способы обработки персональных данных: обработка (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием, так и без использования средств автоматизации, в том числе с правом передачи по внутренней сети Страховщика и с передачей по сети общего пользования Интернет,
4. Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных и способ его отзыва: согласие на обработку персональных данных действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент времени путем передачи страховщику подписанного мною письменного уведомления.

СТРАХОВАТЕЛЬ подпись

Дата выдачи полиса: «____»_____ 20 __ г.

Образец полиса добровольного медицинского страхования. Форма 7.

***Примечание**. Настоящий документ является образцом страхового полиса. Он оформляется на бланке строгой отчетности, пронумерованном в соответствии с внутренним регламентом Страховщика. В соответствии с утвержденными Страховщиком страховыми продуктами окончательный вид страхового полиса может быть иным, но в любом случае не противоречащим настоящим Правилам страхования и законодательству Российской Федерации.*

Образец полиса по программам АНТИКЛЕЩ; АНТИКЛЕЩ+

Объединенная Страховая Компания
Основана в 1990 г.

СТРАХОВЩИК: АО «ОБЪЕДИНЕННАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ»
443099 Самара, Молодогвардейская, 94

ФИЛИАЛ _____
Адрес Филиала _____

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № У000000

Программа страхования: _____

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования на условиях, изложенных в настоящем Полисе и Правилах добровольного медицинского страхования АО «ОСК» редакция _____ (далее Правила страхования) по Программе страхования _____

СТРАХОВАТЕЛЬ:	**Дата рождения:**
Адрес:	
Паспортные данные:	
Телефон:	**E-mail:**

ЗАСТРАХОВАННЫЕ (лица, в отношении которых заключается договор):

№п/п	ФИО Застрахованного	Дата рождения
1		
2		
3		
4		
5		

СРОК ДЕЙСТВИЯ: 1 год
с 00 ч. 00 м. «____»_____20__г. по 24 ч. 00 м. «____»_____20__г.

СТРАХОВАЯ СУММА:

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ:

ФОРМА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ПРЕМИИ:

ДАТА ОПЛАТЫ: **№ КВИТАНЦИИ:**

СТРАХОВЩИК подпись _____ _____

М.П.

Сторонами согласовано использование при совершении сделки факсимильного воспроизведения подписи и печати Страховщика.

Подтверждаю, что Страховщик предоставил мне следующую информацию:
1) с Правилами добровольного медицинского страхования можно ознакомиться на сайте АО "ОСК" пройдя по ссылке https://www.osk-ins.ru/?p=4&cat=30&subcat=183.
2) о праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру

СТРАХОВАТЕЛЬ подпись _____ _____

Дата выдачи полиса: «____»_____ 20 _ г.