

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ДМС»****ОГЛАВЛЕНИЕ**

1. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые риски
4. Страховой случай
5. Объем обязательств Страховщика
6. Страховая сумма. Тариф. Страховая премия и порядок ее уплаты
7. Порядок заключения договора страхования
8. Увеличение степени страхового риска
9. Права и обязанности сторон
10. Прекращение действия договора страхования. Расторжение договора страхования
11. Страховые выплаты
12. Порядок разрешения споров
13. Особые условия

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования «ДМС» (далее – Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь» (далее – Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования или договоры страхования).

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный и Медицинское учреждение.

1.2. Страховщик – ООО «СК «Ренессанс Жизнь» осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации лицензией.

1.3. Страхователем признается российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4. Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного. Застрахованным может быть лицо в возрасте от 18 до 60 (полных) лет.

1.5. Лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и связанные с ними осложнения, могут быть приняты на страхование только по индивидуальным тарифам и программам с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по результатам андеррайтинга:

1.5.1. ВИЧ-инфекция;

1.5.2. Особо опасные инфекционные болезни, в том числе чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки, – в случае возникновения эпидемии и (или) объявления карантина;

1.5.3. Психические расстройства и расстройства поведения;

1.5.4. Аномалии развития и хромосомные нарушения.

1.6. Под Медицинскими учреждениями для целей настоящих Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы (лечебные, лечебно-профилактические, больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, полученную в соответствии с законодательством страны местонахождения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, при условии, что частнопрактикующие врачи обладают соответствующим разрешением на право осуществления медицинской практики по соответствующему профилю.

1.7. Иные учреждения – сервисные или ассистанские компании и учреждения, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры по организации предоставления Застрахованным медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг и оказывающие помощь по эвакуации и репатриации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здо-

ровья 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 РИСКИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Договор страхования заключается в отношении риска обращения Застрахованного в медицинское учреждение за медицинской помощью, которое влечет за собой несение Застрахованным расходов по оплате оказанной ему медицинской помощи.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового возмещения в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного, вызванных его обращением в медицинские организации, иные учреждения или к Страховщику для организации и получения медицинской или иной помощи, включенной в выбранную Страхователем Программу добровольного медицинского страхования – (далее – Программа).

4.2. Страховым случаем признается:

4.2.1. Обращение застрахованного за медицинской помощью, предусмотренной Программой страхования, если необходимость в ней возникла в результате острого (внезапного) заболевания; обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного; острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного; травме (в том числе ожоге, обморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве и иных внезапных острых состояний.

Страховым признается событие, наступившее не ранее чем через 6 (шесть) календарных дней с даты вступления Договора страхования в силу и не позднее даты окончания действия Договора страхования.

4.3. Страховщик не возмещает фактические расходы Застрахованного, если последний самостоятельно оплатил медицинскую помощь.

4.4. Конкретный перечень видов медицинской помощи и услуг, а также исключения из страхового покрытия приводятся в Программах страхования (Приложения №№ 3-4 к настоящим Правилам). По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по программе страхования может ограничиваться или расширяться.

4.5. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и связанных с ней услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой.

4.6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в ме-

дицинское или иное учреждение с целью получения медицинской помощи, связанной с:

- получением травматического повреждения, в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления;
 - попыткой самоубийства Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
 - умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений;
 - обращением Застрахованного в медицинское учреждение, предварительно не согласованное со Страховщиком, а также обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с Программой страхования не оплачиваются Страховщиком.
- 4.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;
 - гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
 - умысла Страхователя (Застрахованного);
 - события, произошедшего после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленными настоящими Правилами и (или) условиями действующего договора страхования.

5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

5.1. Страховщик организует и оплачивает либо только оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях медицинскую помощь в объеме, определенном в Программе, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

5.2. Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.

5.3. Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

5.4. Программа, предусматривающая оказание скорой и неотложной медицинской помощи, включает в себя выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи, проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья Застрахованного, реанимационные мероприятия, медицинскую транспортировку в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.

Услуги по программе скорой и неотложной медицинской помощи оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования.

5.5. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме обязательств Страховщика путем определения перечня оплачиваемых Страховщиком заболеваний (состояний), медицинских и иных услуг, включаемых в Программу.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ТАРИФ.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

6.1. Страховая сумма устанавливается Договором страхования/Полисом и может предусматривать ограничения по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам) или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках Программы либо договора страхования.

6.2. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется на основании базовых тарифов Страховщика указанных с учетом коэффициентов риска.

6.3. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору. Коэффициенты риска:

1. пол, возраст;
2. объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);

3. срок действия договора;

4. общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;

5. ценовая категория медицинского учреждения;

6. состояние здоровья лиц, принимаемых на страхование;

7. регион основного проживания;

8. другие факторы.

6.4. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

6.5. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из размера страховой суммы, срока действия договора страхования и степени страхового риска.

6.6. В случае неуплаты Страхователем страховой премии в полном объеме в размере, указанном в договоре страхования и/или в сроки, предусмотренные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору у сторон не возникает.

6.7. Датой оплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, оформляемого в произвольной форме.

7.2. Договор страхования заключается путем подписания сторонами единого документа – Договора страхования или вручения Страхователю Полиса, подписанного Страховщиком.

В случае если заключение договора производится с целью осуществления иностранным гражданином либо лицом без гражданства, находящимся на территории Российской Федерации, трудовой деятельности, Полис оформляется на бланке с учетом требований законодательства. По взаимному соглашению сторон, оформленному в виде подписанного сторонами дополнительного соглашения, условия договора страхования могут быть изменены в течение срока его действия.

7.3. К Договору страхования прилагается Программа страхования, а также при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами договора (пропуск в медицинское учреждение, страховая карточка и пр.).

7.4. Срок действия договора страхования определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре страхования.

7.5. Срок страхования:

С 00:00 6-го (шестого) дня, следующего за датой оплаты страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено Договором страхования

7.6. В случае, если заключение договора производится с целью иной, чем осуществление иностранным гражданином либо лицом без гражданства, находящимся на территории Российской Федерации, трудовой деятельности, Страхователю предоставляется пять рабочих дней со дня заключения договора страхования независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, в течение которого возможно аннулирование договора страхования. Желание Страхователя аннулировать договор страхования должно быть подтверждено письменным заявлением. Договором страхования может быть предусмотрен иной период, в течение которого возможно аннулирование договора страхования, но не менее 5 рабочих дней.

7.7. В случае если заключение договора производится с целью осуществления иностранным гражданином либо лицом без гражданства, находящимся на территории Российской Федерации, трудовой деятельности, положение, указанное в п. 7.6. настоящих Правил страхования, не применяется, и аннулирование договора страхования невозможно.

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

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

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

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, работником Медицинского учреждения и проч.) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинских и иных услуг при наличии у застрахованного хронического заболевания или группы инвалидности), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

8.3. В случае неизвещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повыша-

ющих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора.

В случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии и (или) изменения условий договора страхования Страховщик имеет право требовать расторжения договора.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

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

9.1.3. Отказаться от договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного;

9.2.2. Уплачивать страховую премию в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.3. Передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.2.4. Немедленно сообщить Страховщику об изменении идентификационных данных, своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного, документа, удостоверяющего личность и его фактического места жительства;

9.2.5. Получить согласие Застрахованных на обработку их персональных данных, в том числе трансграничную передачу третьим лицам, в целях исполнения обязательств по договору;

9.2.6. По требованию Страховщика передать ему заявления Застрахованных об их согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных им медицинскими и иными учреждениями по договору.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. Соблюдать требования Правил добровольного медицинского страхования «ДМС», условий договора, порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

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

9.4.3. Не передавать страховой полис и Программу другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.4. Немедленно сообщить Страхователю об изменении идентификационных данных (своей фамилии, имени, отчества, документа, удостоверяющего личность, фактического места жительства, контактных телефонов / телетайпов);

9.4.5. Заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении;

9.4.6. По требованию Страховщика заполнить заявление о своем согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных ему медицинскими и (или) иными учреждениями по договору.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. Проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Организовать и оплатить либо только оплатить, если это предус-

мотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2. Контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи;

9.6.3. Выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования.

9.6.4. Разъяснять Страхователю, Застрахованному, лицу, имеющему намерением заключить договор страхования, условия страхования.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

10.1.1. Истечения срока его действия;

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

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

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

10.2. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

10.3. Договор прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности в отношении отдельного Застрахованного лица действие договора прекращается в случае смерти по причинам иным, чем наступление страхового случая. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, с учетом понесенных расходов на ведение дела и произведенных страховых выплат.

10.4. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

10.5. Если договор страхования аннулируется в соответствии с п. 7.6. настоящих Правил страхования, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования. При этом договор страхования аннулируется с даты заключения договора страхования и уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата – денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

Общий размер выплат по договору страхования не может превышать страховую сумму, установленную договором страхования.

11.2. Страховая выплата осуществляется медицинским и/или иным учреждениям, непосредственно оказавшим услуги, предусмотренные Договором страхования, Застрахованному.

11.3. Для получения предусмотренной Программой медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованный обращается по телефону, указанному в Договоре страхования.

11.4. При необходимости Застрахованный в течение срока действия Договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором страхования.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

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

13.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ДМС ПЛЮС»

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ*

1.1. Экстренная и неотложная амбулаторно-поликлиническая помощь:
– первичные, повторные, консультативные приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, невролога, гастроэнтеролога, кардиолога, аллерголога, физиотерапевта, ревматолога, проктолога, травматолога, пульмонолога;

– выдача листов нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов (за исключением льготных категорий);

– проведение инструментальной диагностики: рентгенологическая, компьютерная томография, ультразвуковая, эндоскопическая;

– функциональная диагностика: ЭКГ, РВГ, РЭГ;

– лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования;

– физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия (не более 10 процедур в течение срока страхования).

1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь (услуги оказываются при наличии в регионе служб скорой медицинской помощи, работающих в рамках добровольного медицинского страхования):

– выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;

– проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья

Застрахованного; реанимационные мероприятия;

– медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.

1.3. Экстренная и неотложная стационарная помощь:

– консультации врачей-специалистов;

– лабораторные и инструментальные исследования;

– компьютерная и магнитно-резонансная томография;

– хирургическое и консервативное лечение;

– пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

– лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства;

– физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплотечение, магнитотерапия (не более 5 процедур в течение срока страхования);

– пребывание в 2-4 местной палате;

– экспертиза временной нетрудоспособности;

– оформление различной медицинской документации.

1.4. Экстренная и неотложная стоматологическая помощь (однократно в течение действия договора страхования):

Оказание экстренной и неотложной стоматологической помощи:

– первичные, повторные, консультативные приемы врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, челюстно-лицевого хирурга;

– анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

– проведение инструментальной диагностики: рентгеновские и радиовизиографические исследования;

– хирургическая стоматология. Объем услуг: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области, удаление зубов простое и сложное; неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии договора страхования и документа, удостоверяющего личность.

2.2. При обращении за амбулаторно-поликлинической помощью услуги оказываются медицинским учреждением по выбору Страховщика в режиме работы медицинского учреждения.

2.3. При обращении за экстренной и неотложной стационарной помощью Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке в медицинское учреждение по выбору Страховщика, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь.

2.4. Застрахованный обращается за получением услуг в соответствии с порядком, изложенным в разделе 3 настоящей Программы страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

3.1. Для получения экстренной и неотложной медицинской помощи Застрахованному необходимо обратиться по телефону +7 (495) 775 09 99.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:

4.1.1. Обострений и осложнений хронических заболеваний (состояний), не представляющих непосредственную угрозу жизни Застрахованного;

4.1.2. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);

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

4.1.4. Заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;

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

4.1.6. Сахарного диабета I и II типа и их осложнений;

4.1.7. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;

4.1.8. Туберкулеза;

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

4.1.10. Муковисцидоз, псориаз, глубокие микозы;

4.1.11. Системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спондилопатии;

4.1.12. Нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;

4.1.13. Острой и хронической лучевой болезни;

4.1.14. Профессиональных заболеваний;

4.1.15. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, ауто трансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации (включая металлоконструкции при ортопедических вмешательствах и остеосинтезе), реконструктивно-восстановительные операции, высокотехнологичные виды медицинской помощи;

4.1.16. Хронические заболевания, требующие динамического наблюдения, обследования и лечения вне обострения; все недифференцированные коллагенозы, аутоиммунные и иммунозависимые заболевания;

4.1.17. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, вирусные геморрагические лихорадки;

4.1.18. Хронических гепатитов: В, С, D, E.

4.2. По настоящей Программе страхования ООО «СК «Ренессанс Жизнь» не оплачивает оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:

4.2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

4.2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов, диспансеризация, вакцинация;

4.2.3. Лабораторные исследования: гормональные, иммунологические, серологические исследования;

4.2.4. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия;

4.2.5. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение;

4.2.6. 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;

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

4.2.8. Специфическая иммунизация с различными аллергенами;

4.2.9. Склеротерапия вен;

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

4.2.11. Всех стоматологических услуг, кроме услуг, предусмотренных настоящей Программой;

4.2.12. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурiculo-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия) и оздоровления (цугун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия);

4.2.13. Реабилитация в любых медицинских учреждениях; пребывание

в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала;

4.2.14. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов – стентов, сосудистых протезов, кава-фильтров, а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;

4.2.15. Экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;

4.2.16. Услуги генетика, диетолога, логопеда;

4.2.17. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования, до момента его выписки из стационара;

4.2.18. Ударно-волновая терапия;

4.2.19. Восстановительное лечение.

* Количество страховых случаев, покрываемых по Программе страхования – не более 2 (двух) случаев. Под случаем понимается обращение за медицинской помощью по поводу острых заболеваний/

состояний, повлекших расходы Страховщика по оплате медицинских услуг по этому поводу до завершения лечения в объеме настоящей Программы страхования. При этом, если при оказании скорой и неотложной медицинской помощи обнаружилась необходимость оказания экстренной и неотложной стационарной помощи, то такое обращение за медицинской помощью признается Страховщиком как один и тот же страховой случай.



Страховщик:
Генеральный директор
ООО «СК «Ренессанс Жизнь»
Проворов М.А