

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
“БОРОВИЦКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО”
(АО “БОРОВИЦКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО”)**

Первая редакция от 05.06.1998г.
Вторая редакция от 26.10.2011г.
Третья редакция от 30.08.2018г.
Четвертая редакция от 15.04.2019г.
Пятая редакция от 18.11.2021г.
Шестая редакция от 25.05.2022г.



УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор

_____ К. В. Шамшев

Приказ № 02-28/03 от 28 марта 2023 г.

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Страховщик

Акционерное общество «Боровицкое страховое общество» — юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

Страхователь

Дееспособное физическое или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования в пользу указанных в договоре физических лиц (далее по тексту – Застрахованных лиц). Если по Договору страхования застрахован сам Страхователь - физическое лицо, то он одновременно является Застрахованным лицом. Страхователь принимает на себя обязательство уплачивать страховые взносы.

Вид страхования и вид договоров страхования

Добровольное медицинское страхование охватывает весь спектр страховых услуг, который Страховщик оказывает потребителям страховых услуг на основе настоящих Правил страхования. Отдельные виды договоров страхования, заключаемые на основе настоящих Правил страхования, могут отражать в названии конкретный вид страховой услуги – именуются далее Договоры страхования.

Кроме того, Страховщик вправе отражать в названии Договоров страхования и кодификации Договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил страхования, их принадлежность к тому или иному виду программы страхования и (или) страхового плана, при условии, что указанная программа страхования и (или) страховой план сформированы на основе настоящих Правил страхования (например, программа индивидуального страхования, программа коллективного страхования и т.п.).

Застрахованное лицо

Дееспособное физическое лицо, в чью пользу заключен Договор страхования.

Страховщик вправе ограничивать возраст лиц, принимаемых на страхование, руководствуясь андеррайтерскими процедурами Страховщика.

Застрахованное лицо – ребенок - физическое лицо в возрасте от 0 до 18 лет, застрахованное Страховщиком по Договору страхования. Если физическое лицо осуществляет трудовую деятельность, не достигнув 18-летнего возраста, то оно может выступать Застрахованным лицом по Договору страхования, при условии, что Договор страхования был заключен в отношении него до начала трудовой деятельности. Если физическое лицо обучается в высшем учебном заведении, и его возраст превысил 18 лет, то оно может выступать Застрахованным лицом по Договору страхования, при условии, что Договор страхования был заключен в отношении него до достижения 18-летнего возраста, а между достижением 18-ой годовщины жизни и поступлением в высшее учебное заведение период времени не превышает трех месяцев, в последнем случае, однако, возраст Застрахованного лица по окончании Договора страхования не может превышать 21 года.

Медицинская организация

Под медицинскими организациями применительно к настоящим Правилам понимаются учреждения здравоохранения всех форм собственности, имеющие соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности, и с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях. К медицинским организациям относятся:

– Лечебные, лечебно-профилактические учреждения: больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской

помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие;

- аптечные учреждения: аптеки, аптечные пункты – в составе медицинских учреждений;

- иные учреждения, в том числе зарубежные медицинские организации, сервисные медицинские компании, однако при условии, что у медицинской организации, оказавшей медицинские услуги, имеются соответствующие регистрационные сертификаты, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности и не противоречат действующему законодательству РФ с точки зрения признания ее медицинской организацией;

- 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.

Конкретный перечень медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к соответствующему Договору страхования.

Медицинская помощь

Подразумевает первичную медико-санитарную помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, специализированную медицинскую помощь: врачебные консультации, врачебные и сестринские манипуляции, диагностика, собственно лечение, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение, профилактическое и восстановительное лечение.

Страховая сумма

Денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия (страховые взносы)

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Размер страховой премии (страховых взносов) рассчитывается на основе разработанных Страховщиком тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие условия страхования.

Страховой тариф

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

Страховой риск

Предполагаемое событие, указанное в Договоре страхования, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай

Совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховая выплата

Денежная сумма, определяемая стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая. Страховая выплата не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в Договоре страхования.

Период ожидания

Промежуток времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

Период охлаждения

Период времени, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от Договора страхования и получить в полном объеме возврат уплаченной страховой премии, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа страхового надзора, настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованными лицами и медицинскими организациями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить или возместить расходы на медицинскую помощь, оказанную Застрахованным лицам по технологиям, применяемым в учреждениях здравоохранения, определенных договором страхования, заключенным со Страхователем. Страховщик несет ответственность за номенклатуру, объем, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи, оказанной по Программам добровольного медицинского страхования (далее – Программы) только исполнителями медицинских услуг.

1.3. Страховщик вправе принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, ВИЧ-инфицированы, имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, госпитализированы на особых условиях:

- при принятии на страхование указанных лиц применяются повышающие коэффициенты к базовым тарифам, учитывающие характер (степень) страхового риска,
- применяются специальные условия – франшиза, сокращение объема и перечня медицинских услуг и другие,
- не включаются в условия договора страхования страховые риски, по которым отсутствует вероятность и случайность наступления страхового случая или отсутствует имущественный интерес.

1.4. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

1.5. В качестве субъектов медицинского страхования выступают: Страхователь, Застрахованное лицо, Страховщик, Выгодоприобретатель, медицинская организация.

II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные 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.

III. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами страхования событие, свершившееся в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские организации за медицинскими услугами, включенными в Программу.

3.2. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках Программы. Выбор Программы осуществляет Страхователь при заключении Договора страхования. Эта Программа содержит перечень видов медицинской помощи, медицинских услуг и является обязательным приложением к Договору страхования.

Программам добровольного медицинского страхования могут присваиваться маркетинговые названия.

3.3. В соответствии с настоящими Правилами страхования страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных условиями Договора страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, при родах, патологии беременности, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, за получением консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной списком медицинских услуг в Программе, указанной в Договоре страхования.

3.4. В качестве дополнительных медицинских услуг и за отдельную плату в рамках Программ могут предусматриваться специальные дополнительные Программы, которые обеспечивают для Застрахованных лиц:

3.4.1. Медицинскую помощь, суточное проживание и другое обслуживание, входящее в стоимость проведения восстановительного лечения и медицинскую реабилитацию.

3.4.2. Лекарственное обеспечение – частичную или полную компенсацию расходов на приобретение в аптечных учреждениях лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования. Условиями такой Программы может быть предусмотрена организация и оплата доставки лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения.

3.4.3. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

3.4.4. Медицинскую и медико-социальную помощь хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

3.4.5. Медицинскую помощь, оказываемую специально выделенным доктором.

3.5. Перечень медицинских услуг по Договору страхования, в рамках существующих у Страховщика Программ добровольного медицинского страхования, может ограничиваться или расширяться (в пределах условий настоящих Правил страхования и в строгом соответствии с действующим законодательством РФ) по индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком. При этом Страховщик в случае сужения перечня

медицинских услуг, предусмотренных соответствующей Программой добровольного медицинского страхования, которая является Приложением к настоящим Правилам страхования, вправе применять понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам.

3.6. 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 организациях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой.

Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами страхования и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил страхования, предоставляемых медицинскими организациями в РФ. Программой может быть предусмотрено получение Застрахованным лицом консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, фармакологической и иной помощи.

При этом организация оказания медицинских услуг в зарубежных медицинских организациях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими организациями, так и через российские медицинские организации либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской организации, оказавшей медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству местонахождения организации для осуществления ее деятельности.

Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преysкуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской организацией.

3.7. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования граждан, подлежащих страхованию.

Однако Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования за счет Страхователя или медицинского анкетирования.

3.8. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с:

3.8.1. травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.8.2. получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

3.8.3. покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.8.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

3.8.5. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

3.8.6. в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

3.8.7. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

3.8.8. венерическими заболеваниями и заболеваниями любой формы СПИДа в любой его стадии.

3.9. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинских услуг, полученных Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

3.10. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- г) стихийными бедствиями.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Для заключения Договора страхования Страхователь или его представитель обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением (при этом письменное заявление является приложением и неотъемлемой частью договора страхования) и сообщает следующие сведения:

4.1.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество, Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- возраст лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа);
- предполагаемый перечень медицинских организаций.

4.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- адрес местонахождения, фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- число лиц, подлежащих страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа);
- по возможности предполагаемый перечень медицинских организаций.

Страхователь должен не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня подачи заявления предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием следующих обязательных сведений отдельно о каждом включенном в него лице:

- фамилии, имени, отчества;
- даты рождения;
- домашнего адреса и телефона;
- Программы добровольного медицинского страхования (если по Договору страхования предусмотрено несколько Программ);

После заключения Договора страхования этот список, подписанный с обеих сторон, становится его неотъемлемой частью.

4.2. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении и (или) медицинской анкете сведений.

4.2.1. Для уточнения степени риска и достоверности сведений, указанных Страхователем Страховщик имеет право на введение дополнительных условий заключения Договора страхования при уведомлении Страхователя, в виде медицинского обследования лица или лиц, в отношении которых заключается Договор страхования и возможности изменения размера премии после проведения осмотра (медицинского обследования).

4.2.2. В случае установления того, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

4.2.3. Если недостоверность сведений, сообщенных при заключении Договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления Договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения Договора.

4.3. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования не позднее пяти рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя. Если по требованию Страховщика Застрахованное лицо должно пройти предварительное медицинское освидетельствование, решение о заключении Договора страхования принимается не позднее пяти дней после прохождения Застрахованным лицом такого освидетельствования.

В случае невозможности заключения Договора страхования Страховщик в течение пяти рабочих дней со дня получения заявления о страховании обязан поставить об этом в известность Страхователя, письменно мотивировав отказ в отношении всех или ряда лиц, подлежащих страхованию.

4.4. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме.

Договор страхования может быть заключен в стандартной бумажной форме (путем составления одного документа либо вручения Страховщиком страхователю, на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции)) либо в виде электронного документа (если это не противоречит соответствующим нормам законодательства Российской Федерации).

Договор страхования заключается в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

При заключении Договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю Правила страхования, о чем делается запись в Договоре страхования (страховом полисе).

Правила страхования могут быть вручены страхователю:

- в виде изложения в Договоре страхования (страховом полисе) на его оборотной стороне;
- в виде бумажного документа к Договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;
- путем информирования страхователя об адресе размещения Правил страхования на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет;
- путем направления файла, содержащего текст Правил страхования, на указанный страхователем адрес электронной почты;
- путем вручения страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т. д.), на котором размещен файл, содержащий текст Правил страхования

В случае вручения Правил страхования Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Правил страхования на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами страхования.

Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста Правил страхования на бумажном носителе.

В Договоре страхования (страховом полисе) указываются:

4.4.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество, пол, год рождения, подробный домашний адрес и телефон Застрахованного лица;
- фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающим полномочия данного лица.
- Программа добровольного медицинского страхования;
- срок действия Договора;
- размер страховой премии, форма и порядок ее уплаты;
- другие условия страхования.

4.4.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- наименование Страхователя;
- адрес местонахождения, фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающим полномочия данного лица.
- численность Застрахованных лиц;
- Программа добровольного медицинского страхования;
- срок действия Договора;
- размер страховой премии, форма и порядок ее уплаты;
- другие условия страхования.

4.4.3. На основе настоящих Правил страхования Страховщик вправе формировать соответствующие Полисные условия к Договору страхования (полису), страховые медицинские Программы, ориентированные на конкретного Страхователя, - в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству и настоящим Правилам страхования. Такие Полисные условия прилагаются к Договору страхования (полису) и являются его неотъемлемой частью.

4.5. Заключение Договора может быть удостоверено выдачей Застрахованному лицу страхового полиса, содержащего те же сведения, которые указываются в Договоре страхования. Страховой полис выдается по требованию Страхователя в течение пяти дней со дня вступления Договора в силу или со дня этого требования.

При коллективной форме каждому Застрахованному лицу может выдаваться именная страховая карточка (страховой полис), удостоверяющая(щий) право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, если иное не оговорено в Договоре страхования.

4.6. Застрахованному лицу запрещается передавать именную страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованное лицо передал другому лицу страховую карточку (страховой полис) с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица. Возврат страховых взносов в этом случае производится в порядке, аналогичном, предусмотренному в п.11.6.

4.7. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса или страховой карточки он или Страхователь должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные

документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия Договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

4.8. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

4.9. Если условиями Договора специально не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу в случае уплаты Страхователем суммы страховой премии или первого ее взноса:

- при уплате страховой премии наличными деньгами – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, уплаты страхового взноса Страховщику (его представителю), если Договором не предусмотрено иное;
- при уплате страховой премии путем безналичных расчетов – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем зачисления средств на расчетный счет Страховщика, если Договором не предусмотрено иное.

4.10. Страховщик вправе прилагать к Договору страхования (полису) выписку из настоящих Правил страхования, сформированную на основе положений настоящих Правил страхования, относящихся к конкретной Программе и (или) Программам, на основе которых заключен Договор страхования.

4.11. Страхователь и Страховщик соглашаются, что Страховщик вправе использовать факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц и печати Страховщика способом механического и иного копирования, в том числе с помощью компьютерных программ, при заключении договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения договора страхования.

4.12. Электронные документы, сообщения и уведомления, обмен которыми происходит с использованием личного кабинета Страхователя на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также с использованием адресов электронной почты, указываемых Страховщиком и Страхователем в страховом полисе и (или) в заявлении при заключении договора страхования, имеют равную юридическую силу с документами, сообщениями и уведомлениями на бумажном носителе, и направляемыми Почтой России, либо другими способами доставки по адресам, указанным в договорах страхования, если это не противоречит действующему законодательству.

4.13. Вручение страхового Полиса, в числе прочего может осуществляться отправкой Полиса в электронном виде, заверенного электронной или факсимильной подписью Страховщика. В Договоре страхования подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством РФ.

4.14. Договор страхования в виде электронного документа может быть заключен через официальный Сайт Страховщика, официальный сайт представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера), с использованием иных систем электронного документооборота в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», либо средствами прямого электронного взаимодействия со Страхователем.

4.14.1. Электронный документооборот осуществляется в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» и иным применимым законодательством Российской Федерации.

4.14.2. Стороны электронного документооборота вправе также заключить соглашение об условиях использования электронной подписи согласно Федеральному закону от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4.15. Порядок заключения договора страхования в виде электронного документа, требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме:

4.15.1. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь предоставляет Страховщику заявление на страхование через официальный Сайт Страховщика www.bsoinsur.ru, официальный сайт представителя Страховщика, путем заполнения формы заявления на страхование в электронном виде, в том числе путем проставления соответствующих отметок на электронных страницах указанного сайта, или другим способом электронного оборота, указанным в п.4.14, в том числе на основании электронного запроса Страховщика, изложенного, в том числе, в виде условий страхования и/или заявления на страхование установленной Страховщиком формы.

4.15.2. Заявление на страхование и/или иная, отправляемая Страхователем информация, в электронной форме подписываются Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью, страхователем – физическим лицом – простой электронной подписью согласно нормам Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», и настоящих Правил страхования, если иного не предусмотрено соглашением сторон.

4.15.3. Усиленная квалифицированная электронная подпись, кроме того, может использоваться для удостоверения подлинности копий (фото, сканов) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов.

4.15.4. В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными усиленной квалифицированной электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам, обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью (если иного не предусмотрено соглашением сторон).

4.15.5. Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями настоящего пункта и Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному его собственноручной подписью и заверенному печатью.

4.15.6. Электронный Договор страхования, составленный в виде единого документа, подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика и Страхователя (если иного не предусмотрено соглашением сторон).

4.15.7. Электронный страховой полис (свидетельство, сертификат, квитанция), выдаваемый Страховщиком Страхователю в подтверждение заключения Договора страхования, а также при заключении Договора страхования в виде электронного страхового полиса на основании заявления Страхователя в письменной или устной форме, подписывается только усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика (если иного не предусмотрено соглашением сторон).

4.15.8. В соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также пунктом 4 статьи 6.1. Закона Российской Федерации «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 АО «Боровицкое страховое общество», признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном

носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя АО «Боровицкое страховое общество».

4.15.9. При заключении Договора страхования (полиса) в виде электронного документа Страхователь оплачивает страховую премию или первый взнос страховой премии (при рассрочке платежа) после ознакомления с настоящими Правилами страхования, условиями, содержащимися в Договоре страхования (страховом полисе) и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования (страхового полиса) на предложенных Страховщиком условиях, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования (страхового полиса).

4.15.10. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования (страхового полиса) может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

4.15.11. Текст настоящих Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования (страховой полис), включается в текст электронного Договора страхования (страхового полиса) в качестве приложения, являющегося его неотъемлемой частью.

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

4.15.13. По требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) Страховщик предоставляет распечатанные на бумажном носителе и заверенные им копии электронных документов без взимания дополнительной платы.

4.15.14. Страховщик осуществляет сплошную непрерывную регистрацию и хранение в течение 5 (пяти) лет информации о действиях Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), осуществляемых с использованием сайта Страховщика, включая действия по заявлению страхового случая.

4.16. При заключении Договора страхования (страхового полиса) Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может осуществлять обработку указанных в нем данных юридических лиц и персональных данных физических лиц в течение всего срока действия договора страхования, и предусмотренного действующим законодательством РФ срока, в течение которого могут быть предъявлены связанные с исполнением договора требования, включая обращения в судебные и иные органы, Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц — Выгодоприобретателей, ответственных сотрудников и представителей Страхователя (Выгодоприобретателя).

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах страхования понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических и иных предусмотренных законодательством РФ целях, и в целях проведения анализа страховых рисков.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены настоящей статьей.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 100 (ста) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

4.17. Заключая/подписывая Договор страхования (страховой полис) Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования (страхового полиса) предоставил ему в доступной форме полную информацию:

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

4.17.2. 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);

4.17.3. о применяемых Страховщиком 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;

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

4.17.5. 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;

4.17.6. 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;

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

4.17.8. о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

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

V. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма на всех или на каждого Застрахованного лица по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из Программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия Договора страхования, средневзвешенного или максимального уровня расходов, которые Страхователь может понести при различных заболеваниях при оказании медицинских услуг в рамках выбранной Страхователем Программы (уровня страхового обеспечения), и иных факторов. Страховая сумма не может быть ниже минимальной страховой суммы, установленной Страховщиком для каждой из Программ страхования.

5.2. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинской Программой услуг (однако, не выходя за рамки настоящих Правил страхования и Программы утвержденной Страховщиком) путем оформления на условиях настоящих Правил страхования дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

5.3. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным Программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных лиц и т.п.

VI. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная – в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) либо от суммы выплаты или в абсолютном размере.

При условной франшизе Страховщик освобождается от обязанностей по страховой выплате, если размер компенсации за причинение вреда не превышает размер франшизы, а если размер компенсации превышает франшизу, то Страховщик производит страховую выплату в размере компенсации.

При безусловной франшизе Страховщик освобождается от страховой выплаты по каждой компенсации за причинение вреда в оговоренном размере франшизы (в абсолютном или процентном отношении к размеру убытка).

6.2. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу (период ожидания), то есть период времени (в днях) - между вступлением Договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи и услуг, - в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

6.3. Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является неременным условием принятия риска на страхование.

VII. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

7.1. Территория страхования: весь мир, если в Договоре страхования не указано иное.

VIII. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

8.1. Страховой премией является плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с Договором страхования.

8.2. Страховая премия устанавливается в зависимости от выбранной Страхователем Программы, уровня страхового обеспечения по Договору страхования, группы здоровья

Застрахованного лица, срока страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования, в размерах, обеспечивающих выполнение Программы.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, при расчете страховой премии в отношении каждого лица, включенного Страхователем в список, Страховщик в праве применять поправочные коэффициенты в зависимости возраста, группы здоровья Застрахованного лица, условий труда и других факторов, влияющих на степень риска возникновения и развития хронических заболеваний.

8.3. Размеры коэффициентов определяются экспертным путем, в соответствии с внутренними регламентами принятия риска на страхование и (или) андеррайтерскими процедурами Страховщика, а также в той мере, в какой они не противоречат расчетам и экономическому обоснованию тарифов для данных Правил страхования.

8.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при сроке страхования менее года страховая премия исчисляется в процентах от годовой суммы взносов:

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от общего годового размера страховой премии										
20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

8.5. Страховая премия может быть уплачена:

- наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителю;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты.

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

Страховщик вправе предоставить Страхователю рассрочку в уплате страховой премии. В этом случае Договором страхования могут быть предусмотрены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

8.7. Страховую премию Страхователь (или по его поручению любое лицо) может уплачивать по безналичному расчету или наличными деньгами представителю Страховщика, который обязан выдать квитанцию установленной формы.

Договором страхования может быть предусмотрена иная форма уплаты страховой премии в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ.

8.8. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

8.9. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в Договоре страхования.

8.10. При неуплате в установленный Договором страхования срок очередного страхового взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о факте просрочки и последствиях неуплаты Страхователем очередного страхового взноса.

8.10.1. В случае, если в течение 5 календарных дней от даты получения указанного уведомления Страхователь не погасил задолженность по оплате очередного страхового взноса, договор страхования считается расторгнутым с даты, установленной для оплаты этого взноса. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

8.10.2. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие последствия неуплаты очередных страховых взносов:

- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам (пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы);
- расторжение договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия Договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия.

IX. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

9.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

Страховая выплата осуществляется, в соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинской организации за оказание медицинской помощи и услуг, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации, либо посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи и услуг, включенных в Программу. Основанием для выплат в последнем случае является Заявление Застрахованного лица (Страхователя) с приложением документа об оплате медицинской помощи и услуг, оказанных медицинской организацией.

Договор на предоставление медицинских услуг – это соглашение между медицинской организацией и Страховщиком, по которому медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным лицам помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программ. Договором на предоставление медицинских услуг должны быть установлены стоимость работ и порядок расчетов.

9.2. Оплата за оказание медицинской помощи и услуг производится по тарифам и ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в порядке, установленном договором на предоставление медицинских услуг.

9.3. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактным телефонам, указанным в Страховом полисе (страховой карточке).

9.4. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Страховой полис (страховую карточку) и (или) пропуск установленного для этой медицинской организации образца.

9.5. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

9.6. В случае если Договором страхования установлена страховая сумма и (или) лимиты ответственности, размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности).

Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную Договором страховую сумму.

При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы (лимита ответственности) эти услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу только после увеличения страховой суммы по Договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских организациях, определенных в Договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

9.7. В случае, если по Договору страхования установлена франшиза, размер страховых выплат по Договору страхования или каждому страховому случаю выплачивается с учетом франшизы.

9.8. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, если:

- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный медицинской организацией внутренний распорядок;

- Застрахованным лицом получены медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования;

- Застрахованным лицом получены медицинские услуги в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования;

- Установлен факт передачи Застрахованным лицом страхового Полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;

- Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении Договора страхования;

- Страховщик не был извещен в срок о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

- Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

9.9. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному лицу) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение трех рабочих дней со дня наступления страхового случая.

При несогласии Страхователя (Застрахованного лица) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

9.10. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

Х. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

10.1. Застрахованное лицо имеет право:

10.1.1. на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в Договоре страхования;

10.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

10.1.3. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

10.2. Застрахованное лицо обязано:

- 10.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;
- 10.2.2. соблюдать порядок пользования страховым полисом и/или страховой карточкой, не передавать их другим лицам, при утрате немедленно сообщить Страховщику;
- 10.2.3. не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

10.3. Страхователь обязан:

- 10.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования, понимания и расчета степени риска по Договору страхования;
- 10.3.2. уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;
- 10.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинских услуг;
- 10.3.4. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных лиц.

10.4. Страхователь имеет право:

- 10.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
- 10.4.2. расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.7;
- 10.4.3. в случае увольнения Застрахованного работника Страхователь вправе исключить работника или члена его семьи из числа Застрахованных лиц и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных лиц (с согласия Застрахованного лица) - в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.8;
- 10.4.4. в течение срока действия Договора страхования по соглашению со Страховщиком расширить или сократить перечень медицинских услуг, гарантируемых Договором страхования, и (или) повысить или понизить уровень страховой выплаты, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинских услуг и (или) увеличения уровня страховой выплаты Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, установленный Страховщиком. Дополнительное соглашение к Договору страхования, если Дополнительным соглашением не предусмотрено иное, начинает действовать со дня уплаты страхового взноса;
- 10.4.5. досрочно расторгнуть Договор страхования, письменно уведомив об этом Страховщика не менее чем за 30 календарных дней.

10.5. Страховщик обязан:

- 10.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;
- 10.5.2. обеспечить своевременное вручение страховых полисов (страховых карточек) Страхователю (Застрахованным лицам);
- 10.5.3. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи и медицинских услуг, гарантированных условиями Договора страхования;
- 10.5.4. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

10.5.5. при выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему, срокам и качеству медицинской и лекарственной помощи, санитарных норм и правил защищать интересы Застрахованных лиц;

10.5.6. не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе).

10.5.7. предоставлять физическому лицу, имеющему намерение заключить договор добровольного медицинского страхования, информацию об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У.

10.6. Страховщик имеет право:

10.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования, понимания и расчета степени риска по Договору страхования;

10.6.2. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь, а также статистики размера медицинских расходов при лечении различных видов заболеваний;

10.6.3. проверять сообщенную Страхователем информацию;

10.6.4. предъявлять в судебном порядке иск медицинской организации или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного Застрахованному лицу по их вине;

10.6.5. требовать от юридических и физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью Застрахованного лица, возмещения ему расходов в пределах суммы, затраченной на оказание Застрахованному лицу медицинской помощи;

10.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них взносы за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания страхового периода с учетом пропорционального изменения страховой премии. При этом страховые взносы за неполный месяц уплачиваются как за полный.

10.8. В случае замены Застрахованных лиц (с согласия Застрахованного лица) другими лицами при коллективной форме страхования, без увеличения числа Застрахованных лиц, Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него лицах.

Если исключаемому из Списка Застрахованных лиц в период действия договора страхования не было произведено страховых выплат, сумма страховой премии, за вычетом расходов на ведение дела, учитывается при расчете дополнительного страхового взноса за лиц, включаемых в Список взамен выбывших.

Страховые полисы (карточки) лиц, исключаемых из Списка Застрахованных лиц, возвращаются Страховщику.

10.9. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил страхования и (или) о дополнении Договора страхования положениями, не противоречащими действующему Законодательству РФ.

10.10. Осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) в целях исполнения Договора страхования, предоставления Страхователю (Застрахованному лицу) информации о страховых продуктах Страховщика и о продуктах (услугах) его партнеров, в том числе путем осуществления со Страхователем (Застрахованным лицом)

прямых контактов с помощью средств связи, а также в иных целях, не запрещенных законодательством.

10.11. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права, и обязанности сторон.

XI. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращает действие, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских услуг по Договору в случае:

11.1.1. истечения срока действия Договора страхования;

11.1.2. исполнения Страховщиком своих обязанностей по Договору в полном объеме (в случае, если Договором страхования установлена страховая сумма);

11.1.3. смерти Застрахованного лица;

11.1.4. принятия судом решения о признании Договора недействительным;

11.1.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;

11.1.6. ликвидации Страхователя - юридического лица, в случае если Застрахованное лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов;

11.1.7. в других случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

11.2. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по Договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

11.3. Договор страхования может быть прекращен досрочно в любое время по требованию Страхователя. Досрочное прекращение договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением к нему договора страхования (страхового полиса). Договор считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, но не ранее 00 часов 00 минут дня следующего за днём получения заявления Страховщиком. Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня следующего за днём получения заявления Страховщиком, если дата прекращения договора страхования в заявлении не указана.

Страхователь – физическое лицо имеет право отказаться от заключенного Договора страхования в период охлаждения. Продолжительность периода охлаждения и действия Страховщика определены Указанием Банка России от 21 августа 2017 г. N 4500-У «О внесении изменений в пункт 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» (далее – Указание ЦБ РФ). Период охлаждения и условия его исполнения могут изменяться решением Центрального Банка РФ, путем внесения соответствующих изменений. Стороны руководствуются редакцией Указания ЦБ РФ действующей на дату получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

В течение периода охлаждения, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик обязан возратить Страхователю уплаченную страховую премию в следующем порядке:

- в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в период охлаждения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

- в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в период охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страховщик вправе удержать часть уплаченной страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора или иной даты, установленной по соглашению сторон в договоре, но не позднее периода охлаждения.

Возврат Страхователю страховой премии по выбору Страхователя осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора.

11.4. Договор страхования 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.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страхователю возвращается страховая премия за минусом: расходов на ведение дела, части страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование и выплаченных или подлежащих выплате страховых возмещений.

11.5. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п.11.4 настоящих Правил страхования. При досрочном прекращении Договора страхования по данному основанию уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

11.6. Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от Договора страхования по причине не предоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У.

В случае отказа Страхователя от Договора страхования по причине не предоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У, Страховщик возвращает Страхователю часть ранее уплаченной по Договору страхования страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Возврат причитающейся Страхователю части страховой премии, в случае не предоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации об условиях страхования в соответствии с требованиями, предусмотренными Указанием Банка России от 29.03.2022 № 6109-У, производится Страховщиком в срок не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения им письменного заявления Страхователя.

11.7. Во всех случаях прекращения Договора страхования, если в Договоре не предусмотрено иное, Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис и(или) страховую(ые) карточку(ки), действие которых прекращается с момента окончания срока страхования, поступления письменного заявления Страхователя о досрочном прекращении действия Договора страхования, принятия решения Страховщиком о досрочном прекращении действия Договора страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным лицом) своих обязанностей, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством и настоящими Правилами страхования.

11.8. При уплате страховой премии в рассрочку, в случае неуплаты Страхователем очередного взноса по истечении оговоренного в Договоре страхования срока оплаты, Страховщик освобождается от исполнения своих обязательств по Договору страхования и уведомляет медицинские организации, с которыми у него заключены Договоры, и Страхователя о приостановлении оказания медицинских услуг по полисам, выданным Застрахованным лицам.

После уплаты Страхователем задолженности по взносам, Страховщик возобновляет исполнение своих обязанностей, о чем уведомляет соответствующую медицинскую организацию и Страхователя.

Расходы Страховщика, связанные с приостановлением им исполнения своих обязанностей по Договору страхования и их возобновлением, возмещаются Страхователем.

XII. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

12.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если Договор заключен после наступления страхового случая.

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 нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

XIII. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

13.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется Страховщиком.

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

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

XIV. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования вносятся в соответствии с действующим законодательством РФ.

УСЛОВИЯ

ПРОГРАММ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Разработаны на основании «Правил добровольного медицинского страхования» и регламентируют перечень оплачиваемых Страховщиком медицинских услуг в соответствии с Программой страхования в выбранных Страхователем в медицинских организациях, осуществляющих оказание изложенных в этой Программе.

Настоящие программы могут корректироваться субъектами страхования в той мере, в какой это не противоречит действующим Правилам страхования законодательству РФ.

Программа № 1: «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Программа № 2: «Терапевтический стационар»

Программа № 3: «Хирургический стационар»

Программа № 4: «Стоматологическая помощь»

Программа № 5: «Скорая и неотложная медицинская помощь»

Программа № 6: Комплексная программа №1 (категория, включающая в полном объеме или частично программы 1-5).

Программа № 7: Комплексная программа №2 (категория, включающая в полном объеме или частично программы 1-5, 11).

Программа № 8: «Дородовое наблюдение женщин»

Программа № 9: «Оказание акушерской помощи»

Программа № 10: «Индивидуальное ведение родов»

Программа № 11: «Восстановление-Реабилитация»

Программа № 12: «Лекарственное обеспечение»

Программа № 13: «Профилактика здоровья»

Программа № 14: «Сестринский уход»

Программа № 15: «Домашний доктор»

Программа № 16: «Защита детей»

Программа № 17: «Клещевой энцефалит – 1»

Программа № 18: «Клещевой энцефалит – 2»

ПРОГРАММА № 1 - «Амбулаторная помощь»

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и на дому в медицинской организации, выбранном Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи: консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг, а именно:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
- дневной стационар;
- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- обеспечение предметами медицинского ухода;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.
- иммунопрофилактика.
- противорецидивное лечение.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявленных:

- терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, и заболевания любой формы СПИДа в любой его стадии;
- всех форм туберкулеза, некоторые формы гепатита.

В случаях выявления перечисленных заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из базовых медицинских организаций самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в поликлинику Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного лица в базовую медицинскую организацию (исполнителю медицинских услуг) он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовая медицинская организация может быть заменена по желанию Застрахованного лица, о чём он должен заранее уведомить представителя Страховщика.

При отсутствии у медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком, но только по согласию Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются в врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 2 - «Терапевтический стационар»

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости лечения Застрахованного лица в условиях стационара терапевтического профиля по экстренным (неотложным) показаниям или плановым, включая экстренные (неотложные), показаниям; лечение в санаторно-курортных условиях.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении по поводу заболеваний, не нуждающихся в хирургической коррекции, с целью:

- психотерапевтического реабилитационного лечения;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения.
- восстановительное лечение.

Застрахованному лицу по Программе «Терапевтический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- предоставление места в стационаре в одно- двухместной палате;
- индивидуальный пост.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи:

- при выявлении терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, заболевания СПИДом на любой стадии;
- при выявлении туберкулеза (любой формы).

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

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

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- по поводу протезирования.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления лечащего врача медицинской организации или направления врача-эксперта Страховщика или направления Страховщика;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования;
- паспорта или иного удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение оговоренного в договоре количества дней, а по показаниям – в день обращения;
- размещение в одно-двухместной палате;
- консультация высококвалифицированными специалистами.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 3 - «Хирургический стационар»

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее - Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости лечения Застрахованного лица в условиях стационара хирургического профиля по экстренным (неотложным) показаниям или плановым, включая экстренные (неотложные), показаниям, лечения в санаторно-курортных условиях.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию при травме, заболеваниях, нуждающихся в хирургическом вмешательстве, за получением медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении по поводу травм и хирургических заболеваний в отделениях хирургического профиля и медицинских организациях с целью:

- проведения инвазивных диагностических процедур;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения, как-то: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапороскопические операции).
- использования психотерапевтического реабилитационного лечения;

Застрахованному лицу по Программе «Хирургический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре в одно- двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост.

Программа не предусматривает предоставление и оплату:

- медицинской помощи при терминальных онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваниях, а также СПИДом на любой стадии, всех формах туберкулеза;
- расходов по приобретению одноразовых медицинских материалов, имплантатов, дополнительных и альтернативных медикаментов.

Страховщик по отдельно заключаемым договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции

на сердце и сосудах, суставах на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления врача амбулаторного медицинской организации, врача-эксперта Страховщика или направления Страховщика;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования;
- паспорта или иного удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение ____ дней, а по показаниям – в день обращения;
- размещение в одно-двухместной палате;
- консультации высококвалифицированными специалистами;

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 4 - «Стоматологическая помощь»

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее - Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости обращения Застрахованного лица к стоматологу.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за получением медицинской помощи.

В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранной медицинской организации включаются:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и наложение пломб с применением импортных композитных материалов (эвикрол, изопласт, стомадент и других, согласованных Страховщиком), амальгамы серебряной и др.;
- снятие зубных отложений и пломбировка зубов ультразвуком;
- покрытие зубов лаком;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным или общим обезболиванием и наркозом).

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с зубопротезированием.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении заболевания Застрахованное лицо обращается в одну из базовых медицинских организаций самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в поликлинику Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного лица в базовую медицинскую организацию он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовая медицинская организация может быть заменена по желанию Застрахованного лица, о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, просим адресовать во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 5 - «Скорая и неотложная медицинская помощь»

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее - Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной скорой и неотложной медицинской помощи (далее - СНМП), оказываемой на дому или по месту нахождения Застрахованного лица, медицинской организацией, выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях требующих скорой и неотложной медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг, а именно:

- возможность круглосуточного обращения за СНМП.
- незамедлительный выезд специализированных бригад СНМП.
- строгое ограничение времени прибытия транспорта СНМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СНМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;

- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- терминальных онкологических; психических, венерических заболеваний и любой формой СПИДа на любой его стадии;

- всех формах туберкулеза.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

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

- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

- в случае получения медицинской помощи и медицинских услуг по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определенных договором страхования.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

Страховщик не компенсирует личные затраты Застрахованного лица или Страхователя на получение СМП.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из базовых медицинских организаций самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону

При обращении в организацию для вызова бригады СМП Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются в диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 6 - «Комплексная программа №1»

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее - Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, скорую медицинскую помощь, стоматологическую помощь, лечение в санаторно-курортных условиях.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, родах, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, а именно, консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, помощь на дому, скорая неотложная помощь, стоматологическая помощь.

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы Организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
- дневной стационар;
- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- обеспечение предметами медицинского ухода;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.
- иммунопрофилактика;
- противорецидивное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

По программе «Терапевтический стационар» признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении и (или) лечении в санаторно-курортных условиях по поводу заболеваний, не нуждающихся в хирургической коррекции, с целью:

- психотерапевтического реабилитационного лечения;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинской организации, с использованием высоких медицинских технологий.
- восстановительное лечение.

Застрахованному лицу по Программе «Терапевтический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- предоставление места в стационаре в одно- двухместной палате;
- индивидуальный пост.

По программе «Хирургический стационар» признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении по поводу травм и хирургических заболеваний в отделениях хирургического профиля и специализированных медицинских организациях с целью:

- проведения инвазивных диагностических процедур;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинской организации, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения, как-то: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции).
- использования психотерапевтического реабилитационного лечения;

Застрахованному лицу по Программе «Хирургический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре в одно- двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост.

По программе «Стоматологическая помощь» предусматривается:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;

- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и наложение пломб с применением импортных композитных материалов (эвикрол, изопласт, стомадент), амальгамы серебряной и др.;
- снятие зубных отложений и пломбировка зубов ультразвуком;
- покрытие зубов лаком;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным или общим обезболиванием и наркозом).

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с зубопротезированием.

По программе «Скорая и неотложная медицинская помощь»

- возможность круглосуточного обращения за СМП.
 - незамедлительный выезд специализированных бригад СМП.
 - строгое ограничение времени доезда транспорта СМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;
 - оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;
 - проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;
 - лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами
- «Комплексная программа» не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:
- терминальных онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваниях, а также заболевания СПИДом на любой стадии;
 - выявлении всех форм туберкулеза;
 - необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью, если иное не оговорено в Договоре страхования;
 - сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах, если иное не оговорено в Договоре страхования.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз, очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении заболевания Застрахованное лицо обращается в одну из базовых медицинских организаций самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону: _____.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного лица в базовую медицинскую организацию он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовая медицинская организация может быть заменена по желанию Застрахованного лица, о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления врача медицинской организации или направления врача-эксперта Страховщика или направления Страховщика;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования;
- паспорта или иного удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.
- госпитализация в профильное отделение в течение оговоренного в договоре количества дней, а по показаниям – в день обращения;
- размещение в одно-двухместной палате;
- консультация высококвалифицированных специалистов.

При отсутствии в данной медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком при согласии Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 7 - «Комплексная программа №2»

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее - Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, скорую медицинскую помощь, стоматологическую помощь, а также предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации стационаров и поликлиник или санаторно-курортных учреждениях (далее – Организации).

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, родах, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, а именно, консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, помощь на дому, скорая неотложная помощь, стоматологическая помощь, а также оказание медицинских услуг в Организации в связи с восстановлением (реабилитацией) Застрахованного лица.

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы Организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
- дневной стационар;
- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- обеспечение предметами медицинского ухода;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.

- иммунопрофилактика;
- противорецидивное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

По программе «Терапевтический стационар» признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении и (или) лечении в санаторно-курортных условиях по поводу заболеваний, не нуждающихся в хирургической коррекции, с целью:

- психотерапевтического реабилитационного лечения;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких медицинских технологий.
- восстановительное лечение.

Застрахованному лицу по Программе «Терапевтический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- предоставление места в стационаре в одно- двухместной палате;
- индивидуальный пост.

По программе «Хирургический стационар» признается оказание медицинских услуг при стационарном лечении по поводу травм и хирургических заболеваний в отделениях хирургического профиля и специализированных медицинских организациях с целью:

- проведения инвазивных диагностических процедур;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения, как-то: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции).
- использования психотерапевтического реабилитационного лечения;

Застрахованному лицу по Программе «Хирургический стационар» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;

- предоставление места в стационаре в одно- двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост.

По программе «Стоматологическая помощь» предусматривается:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и наложение пломб с применением импортных композитных материалов (эвикрол, изопласт, стомадент), амальгамы серебряной и др.;
- снятие зубных отложений и пломбировка зубов ультразвуком;
- покрытие зубов лаком;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным или общим обезболиванием и наркозом).

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с зубопротезированием.

По программе «Скорая и неотложная медицинская помощь»

- возможность круглосуточного обращения за СМП.
- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП.
- строгое ограничение времени доезда транспорта СМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;
- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами

По программе «Восстановление-реабилитация» предусматривается:

- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний;
- психотерапевтическое реабилитационное лечение;
- диагностическое обследование с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения.

Застрахованному лицу по Программе «Восстановление и реабилитация» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания, включая диагностику и лечение по методикам, используемым в медицинской организации;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- предоставление места в одно- двухместной палате;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;

- оказание медицинской помощи на дому;
- медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях;
- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных хирургических вмешательств.

«Комплексная программа» не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- терминальных онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваниях, а также заболевания СПИДом на любой стадии;
- выявлении всех форм туберкулеза;
- необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью, если иное не оговорено в Договоре страхования;
- сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах, если иное не оговорено в Договоре страхования.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз, очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении заболевания Застрахованное лицо обращается в одну из базовых медицинских организаций самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону: _____.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которое будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного лица в базовую медицинскую организацию он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовая медицинская организация может быть заменена по желанию Застрахованного лица, о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления врача медицинской организации или направления врача-эксперта Страховщика или направления Страховщика;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования;
- паспорта или иного удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.
- госпитализация в профильное отделение в течение оговоренного в договоре количества дней, а по показаниям – в день обращения;
- размещение в одно-двухместной палате;
- консультация высококвалифицированных специалистов.

При отсутствии в данной медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком при согласии Страховщика, а также Застрахованного лица.

По программе «Восстановление-реабилитация» предусмотрен следующий порядок обращения за медицинской помощью.

При наступлении необходимости восстановительного (реабилитационного лечения) после заболевания Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию по направлению врача.

Врач-эксперт Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования и паспорт или иное удостоверение личности, а также любой документ, подтверждающий показания и направление врача для восстановительного (реабилитационного) лечения. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА №8 - «Дородовое наблюдение беременных женщин».

1. Общие положения.

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования в связи с дородовым наблюдением, требующим медицинской, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанной медицинской организации.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и/или медицинскую организацию.

6. Программа индивидуального ведения беременности предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения женщин при заключении Договора на любом сроке беременности и до 36-й недели включительно персональным врачом акушером-гинекологом.

6.1. На протяжении действия Договора Застрахованному лицу гарантировано оказание следующих медицинских услуг:

- проведение консультаций индивидуального врача акушера-гинеколога;
- осмотры врачами — специалистами (терапевтом, окулистом, невропатологом, психологом и др. специалистами по показаниям);
- проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий, таких как: УЗ-исследования, доплерометрия, внутриутробная ЭХО-КГ плода, определение группы крови и Rh-фактора, исследование по показаниям Rh-антител и титр Rh-антител, исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, гемсиндром, определение глюкозы крови, клинические анализы крови, исследования мочи, исследования влагалищного отделяемого на флору, а, кроме того - определение ХГЧ и АПФ в крови, исследование крови на ЦМВ, герпес, токсоплазмоз, краснуху, влагалищного отделяемого на хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, цитологическое исследование влагалищного мазка, бактериологическое исследование.

Выполнение осмотров и лабораторных исследований осуществляется на основании инструкций и рекомендаций МЗ РФ и зависит от индивидуальных особенностей течения беременности, сроков обращения для заключения Договора.

7. Комплекс обследования и специализированной помощи в случае возникновения экстрагенитальной патологии осуществляется на базе поликлиник (женских консультаций) Страховщика в полном объеме, в соответствии с назначениями врача. Комплексное амбулаторно-поликлиническое обслуживание включает проведение консультации, обследование и лечение в амбулаторных условиях с привлечением врачей-специалистов различных профилей по согласованию с акушером-гинекологом.

Настоящей Программой не предусмотрено оказание медицинской помощи в случаях:

- выявления заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного или иного облучения,
- профессиональных заболеваний,

- онкологических заболеваний,
- неотложных состояний, являющихся компетенцией служб «скорой помощи»,
- выявления венерических заболеваний,
- травм всех видов.

Настоящей программой может быть предусмотрено оказание медицинской помощи на дому при условии включения ее в договор страхования.

8. Страховщик организует и финансирует предоставление услуг скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП) с транспортировкой Застрахованного лица в медицинскую организацию по медицинским показаниям.

Вызов бригады СНМП осуществляется круглосуточно через диспетчерскую службу Страховщика.

При необходимости проведения стационарного лечения беременной, связанного с акушерской патологией, Страховщик организует и финансирует госпитализацию Застрахованной в профильную медицинскую организацию.

Ответственность Страховщика составляет:

- организация и финансирование пребывания в стационаре;
- организация и финансирование медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций, связанных с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

10. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить медицинскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных настоящим Договором.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, просим адресовать в диспетчерскую службу Страховщика:

11. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА №9 - «Акушерская помощь».

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования в связи с оказанием акушерской помощи, а также иной, связанной с

ней медицинской консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанной медицинской организации.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и/или медицинскую организацию.

6. Медицинские услуги, предоставляемые в родильном доме, родильном отделении клиники (стационара):

6.1. Госпитализация Застрахованного лица при начале родовых схваток, а также при экстренной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод или появлением кровяных выделений.

6.2. Неотложная госпитализация осуществляется по медицинским показаниям, при наличии направления лечащего врача акушера - гинеколога. Ответственность Страховщика составляет:

- организация и финансирование первых __ дней пребывания в стационаре в дородовом периоде;

- организация и финансирование медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций, связанных с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

7. Настоящая Программа не предусматривает предоставление следующих услуг:

- применение средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ, в т.ч. применяемых за рубежом,

- привлечение медицинского персонала из медицинских организаций, с которыми Страховщик не имеет договорных отношений и которые не указаны в настоящем Договоре.

8. После родов Страховщик обязуется обеспечить размещение Застрахованного лица в 1-2 местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам.

8.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат,
- 3-х кратную влажную уборку,
- ежедневную смену белья (полотенца, пеленки),
- 4-х разовое питание и др.

9. Застрахованное лицо обязано:

- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом,
- выполнять указания о необходимом курсе лечения,
- не поднимать тяжести, не употреблять алкоголь, наркотики,
- прибыть на госпитализацию в вышеуказанную медицинскую организацию согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: личный паспорт, обменную карту Страховщика или женской консультации по месту жительства, страховой медицинский полис.

9.1. О нарушениях Застрахованным лицом санитарного режима производится

соответствующая запись в истории родов.

10. Стороны признают, что к обстоятельствам непреодолимой силы, кроме общепринятых: наводнения, землетрясения, военных действий, эпидемии и т.п., относятся такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

11. Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется пациентам со следующими заболеваниями:

- венерические болезни (сифилис, гонорея и т.п.),
- гнойно-септические очаги инфекции и т.п.,
- пороки сердца с недостаточностью кровообращения и т.п.,
- гипертоническая болезнь II Б и III стадий,
- заболевания почек (гломерулонефрит) и т.п.,
- психические расстройства (эпилепсия, шизофрения) и т.п.,
- сахарный диабет,
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.,
- ВИЧ-инфекции и т.п.

12. При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения.

13. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных настоящим Договором.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, просим адресовать в диспетчерскую службу Страховщика.

14. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА №10 - «Индивидуальное ведение родов».

1. Общие положения.

Данная программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

2. Настоящая Программа определяет объем, сроки и качество медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Договором добровольного медицинского страхования, а также обязанности Сторон по выполнению условий указанного Договора.

3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования в связи с индивидуальным ведением родов, требующим медицинской консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной

помощи, предусмотренной Договором страхования.

Страховщик гарантирует предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения

4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанной медицинской организации.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и/или медицинскую организацию.

6. Медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности:

6.1. Консультация лечащего врача, окулиста, терапевта, невропатолога, психолога и других специалистов по показаниям с выработкой окончательной тактики ведения родов.

6.2. Осмотр беременной при поступлении.

6.3. Диагностическое обследование: ультразвуковые исследования, доплерометрия кровотока, кардиотахография плода, исследование биофизического профиля плода.

6.4. Лабораторно-диагностические обследования, включающие в себя исследования на носительство HBS и HCV антигенов, резус-антитела, RW, ВИЧ, вагинальную флору, внутриутробные инфекции.

6.5. Лечение урогенитальной инфекции при наличии показаний.

6.6. Эффективные методы лечения и профилактики осложнений в родах, послеродовом периоде.

6.7. При выявлении у Застрахованного лица специфических, хронических очагов инфекции вопрос о возможности проведения родов решается в индивидуальном порядке.

6.8. Подготовка родовых путей к родам.

6.9. Роды через естественные родовые пути; оперативное родоразрешение - кесарево сечение при наличии абсолютных показаний; «индуцированные роды».

Вопрос о необходимости проведения кесарева сечения при наличии относительных показаний решается в процессе родов, применительно к конкретной ситуации

7. Медицинские услуги, предоставляемые в стационаре:

7.1. Использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и фракционного обезболивания в индивидуальных родовых залах, операционных, палатах интенсивной терапии.

7.2. Обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и желания роженицы, осуществляющееся в следующих видах:

- эпидуральная (спинномозговая) анестезия;
- внутривенный наркоз;
- масочная ингаляция закисно-кислородной смесью.

7.3. Использование одноразового инструментария: шприцев, игл, перчаток, режущего инструмента, белья при приеме родов, внутривенных катетеров и т.п.

7.4. Индивидуальный сервисный родильный зал.

8. Ведение родов предусмотрено с обязательным присутствием медицинской бригады, в которую входят:

- акушер-гинеколог (персональный);
- анестезиолог (при необходимости проведения анестезии);
- неонатолог (педиатр);
- акушерка.

8.1. По совместному желанию родителей и при отсутствии медицинских противопоказаний - присутствие супруга (другого члена семьи) на родах.

9. Для профилактики заболеваний матери и новорожденного в стационаре предусмотрена возможность их совместного пребывания, что способствует максимальной разобщенности с другими родильницами и новорожденными.

9.1. Противопоказаниями к совместному пребыванию являются:

Со стороны матери:

- отсутствие согласия матери,
- поздний токсикоз беременных,
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации,
- стремительные роды,
- оперативное родоразрешение и т.п. согласно заключению лечащего врача.

Со стороны новорожденного:

- недоношенность, незрелость,
- хроническая гипоксия плода,
- гипотрофия плода,
- гемолитическая болезнь новорожденного и т.п. согласно заключению лечащего врача.

10. В случае отказа матери от совместного пребывания с новорожденным, ребенок помещается в детскую палату, где ему обеспечивается необходимый уход среднего медицинского персонала и квалифицированное наблюдение со стороны врача-неонатолога, в которое входит санитарно-гигиеническая обработка новорожденного, взвешивание, кормление смесями, имеющими сертификат качества, наблюдение за новорожденным - круглосуточное.

11. Настоящая Программа не предусматривает предоставление следующих услуг:

- применение средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Минздравом РФ, в т.ч. применяемых за рубежом,
- привлечение медицинского персонала из медицинских организаций, с которыми Страховщик не имеет договорных отношений и которые не указаны в настоящем Договоре.

12. Страховщик обязуется обеспечить размещение Застрахованному лицу в 1-2 местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам. Пребывание родильницы и новорожденного в отделениях стационара после физиологически протекавших родов 3-5 дней с момента поступления в стационар и 7-10 дней после проведения операции Кесарево сечение, без дополнительной оплаты возможно только при наличии соответствующего медицинского заключения лечащего врача.

12.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат,
- 3-х кратную влажную уборку,
- ежедневную смену белье (полотенца, пеленки),

- 4-х разовое питание.

12.2. При наличии показаний:

- комплексная физиотерапевтическая реабилитация;
- УЗИ матки и придатков после родов;
- клинико-биохимические исследования;
- консультации врачей специалистов.

12.3. При наличии показаний для Застрахованного лица может быть разработан комплекс медицинских услуг из перечисленных в пунктах 6-7, для молодой мамы после проведения родов.

12.4. Посещение послеродового отделения разрешается ежедневно, в установленные часы. В отделение допускаются лица старше определенного возраста, не более определенного количества посетителей в день, если это предусмотрено требованиями медицинской организации. В целях профилактики послеродовых осложнений посетители обязаны строго соблюдать правила санитарно-гигиенического режима Родильного дома.

12.5. Пользование личными вещами: плеер, фото-, видеоаппаратура, мобильный телефон и др.

13. Застрахованное лицо обязано:

- систематически по указанию лечащего врача проходить осмотры,
- по показаниям проходить лабораторно-диагностические обследования (анализ крови на HBS, HCV антигены, RW и т.п.),
- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом,
- выполнять указания о необходимом курсе лечения,
- не выезжать за пределы города, постоянного места проживания,
- не поднимать тяжести, не употреблять алкоголь, наркотики,
- прибыть на госпитализацию в вышеуказанную медицинскую организацию согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: личный паспорт, обменную карту Страховщика или женской консультации по месту жительства, страховой медицинский полис.

14. В течение 28 календарных дней после родов в случае возникновения у Застрахованного лица послеродовых осложнений Страховщик обязуется без дополнительной оплаты:

- провести консультацию специалиста в медицинской организации, где проходили роды,
- в случае необходимости – осуществить транспортировку Застрахованного лица в медицинскую организацию по месту родов при условии нахождения Застрахованного лица в городе, постоянного места проживания.
- в случае рекомендации лечащего врача - госпитализировать Застрахованное лицо в гинекологическое отделение.

15. Услуги по оказанию медицинской помощи новорожденному ребенку после выписки из стационара в настоящую Программу не входят.

16. Страховщик обязуется обеспечить предоставление медицинских услуг врачом, выбранным Страхователем (Застрахованным лицом):

16.1. Лечащий врач может быть заменен другим в случае:

- а) согласия Страхователя (Застрахованного лица).

б) уважительной причины, т.е. невозможности выполнять врачебные функции в связи с болезнью или иными уважительными причинами.

17. Стороны признают, что к обстоятельствам непреодолимой силы, кроме общепринятых: наводнения, землетрясения, военных действий, эпидемии и т.п., относятся такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

18. Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется пациентам со следующими заболеваниями:

- венерические болезни (сифилис, гонорея и т.п.),
- гнойно-септические очаги инфекции и т.п.,
- пороки сердца с нарушением кровообращения,
- гипертоническая болезнь II Б и III стадий,
- заболевания почек (гломерулонефрит) и т.п.,
- психические расстройства (эпилепсия, шизофрения) и т.п.,
- сахарный диабет,
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.,
- ВИЧ-инфекции и т.п.

18.1. При возникновении у Застрахованного лица острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения. При этом диагностика и лечение травматологической и хирургической патологии выполняется на общих основаниях и не оплачивается за счет средств добровольного медицинского страхования.

19. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных настоящим Договором.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, просим адресовать в диспетчерскую службу Страховщика.

20. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 11 - «Восстановление и реабилитация».

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в организациях лечебно-

восстановительной терапии, в отделениях реабилитации стационаров и поликлиник или санаторно-курортных организациях (далее - Организации).

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования в связи с необходимостью оказания медицинской, консультативной и иной помощи, предусмотренной настоящей Программой и Договором страхования, направленной на восстановление (реабилитацию) Застрахованного лица.

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в медицинских организациях в связи с восстановлением (реабилитацией) Застрахованного лица.

Медицинская восстановительная (реабилитационная) помощь:

а) амбулаторного характера включает:

- амбулаторный прием специалистами, консультации, лабораторные и инструментальные исследования – в удобное для Застрахованного лица время (с учетом режима работы Организации);
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы Организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;

б) стационарного характера

- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний;
- психотерапевтического реабилитационного лечения;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинской организации, с использованием высоких технологий лечения.

Застрахованному лицу по Программе «Восстановление и реабилитация» гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания, включая диагностику и лечение по методикам, используемым в медицинской организации;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- предоставление места в одно- двухместной палате;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- оказание медицинской помощи на дому;
- медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях;
- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных хирургических вмешательств.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были признаны врачом-экспертом Страховщика как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении необходимости восстановительного (реабилитационного лечения) после заболевания Застрахованное лицо обращается в Организацию по направлению врача.

Врач-эксперт Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной Организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в Организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования и паспорт или иное удостоверение личности, а также любой документ, подтверждающий показания и направление врача для восстановительного (реабилитационного) лечения. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, просим адресовать в диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 12 - Лекарственное обеспечение

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор).

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует частичную или полную компенсацию расходов на приобретение в аптечных учреждениях лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренного Договором страхования. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица за лекарственным обеспечением (лекарственными препаратами) в связи с лечением, назначенным лечащим врачом при заболевании, травме, отравлении и т.д.

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера: Страховщик не оплачивает лекарственные препараты и медикаменты, приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении необходимости в медикаментах и (или) препаратах Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию и (или) службу скорой (неотложной) помощи за назначением врача.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 13 - Профилактика здоровья

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор).

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление услуг и оплату расходов по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является объективная необходимость обращения Застрахованного лица за проведением предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

3. Объем медицинских услуг.

Программа включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы Организации);
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), в том числе водителей транспортных средств.

- противорецидивное лечение.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявленных:

- терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, и заболевания любой формы СПИДа в любой его стадии;
- всех форм туберкулеза.

В случаях выявления перечисленных заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
- в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- в связи с оплатой услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
- в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из базовых медицинских организаций самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в поликлинику Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного лица в базовую медицинскую организацию (исполнителю медицинских услуг) он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовая медицинская организация может быть заменена по желанию Застрахованного лица, о чём он должен заранее уведомить представителя Страховщика.

При отсутствии у медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и

исследования в другой лечебной организации из числа сотрудничающих со Страховщиком, но только по согласию Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 14 - Сестринский уход

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор).

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует предоставление услуг и оплату расходов по медицинской и медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является объективная необходимость (по медицинским показаниям) обращения Застрахованного лица за услугами по медицинской и медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

3. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 15 - Домашний доктор

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор).

В соответствии с настоящей программой Страховщик гарантирует частичную или полную компенсацию медицинских услуг, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение, оказываемые специально закрепленным врачом.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица за услугами домашнего доктора в связи с лечением, назначенным лечащим врачом при заболевании, травме, отравлении и т.д., а также в случае острого заболевания.

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера: Страховщик не оплачивает лекарственные препараты и медикаменты, приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении необходимости в услугах домашнего доктора Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию и (или) службу скорой (неотложной) помощи.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА № 16 - Защита детей

1. Общие положения.

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее - Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, скорую медицинскую помощь, стоматологическую помощь, лечение в санаторно-курортных условиях для детей в возрасте от 0 до 18 лет.

2. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию при заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, а именно, консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования, в том числе специализированного профиля с учетом возраста Застрахованного лица.

По данной Программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, помощь на дому, скорая неотложная помощь, стоматологическая помощь.

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время;
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;
- дневной стационар;
- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- обеспечение предметами медицинского ухода;
- консультации Застрахованных лиц высококвалифицированными специалистами;

- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний;
- иммунопрофилактика;
- противорецидивное лечение;
- проведение профилактических, согласно установленного календаря, а также по эпидемическим показаниям.

ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Предполагает оказание медицинских услуг при стационарном лечении с целью:

- психотерапевтического реабилитационного лечения;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения.
- восстановительное лечение;

Застрахованному лицу гарантируется предоставление и оплата медицинских услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательных медицинских услуг;
- предоставление места в стационаре в одно- двухместной палате;
- индивидуальный пост;
- проведения инвазивных диагностических процедур;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения, как-то: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапороскопические операции);
- ортопедическая коррекция врожденных аномалий и приобретенной патологии опорно-двигательного аппарата с использованием современных средств;
- использования психотерапевтического реабилитационного лечения;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- расходов по пользованию операционной, кабинетом по наложению гипса;

При оказании стоматологической помощи:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и наложение пломб с применением импортных композитных материалов (эвикрол, изопласт, стомадент), амальгамы серебряной и др.;
- снятие зубных отложений и пломбировка зубов ультразвуком;
- покрытие зубов лаком;
- хирургическое лечение (удаление зубов под местным обезболиванием и наркозом);
- оказание ортодонтической помощи (исправление дефектов, аномалий прикуса);
- ортопедическая помощь.

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

- терминальных онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваниях, а также заболевания СПИДом на любой стадии;
- выявлении всех форм туберкулеза;
- необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;
- сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах.

При оказании скорой и неотложной медицинской помощи.

- возможность круглосуточного обращения за СМП.
 - незамедлительный выезд специализированных бригад СМП.
 - строгое ограничение времени прибытия транспорта СМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;
 - оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;
 - проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;
 - лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами
- Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:
- по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;
 - в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
 - в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;
 - в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;
 - по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз, очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе опекунов (попечителей) Застрахованного лица в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. Порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

При наступлении заболевания попечитель (опекун) Застрахованного лица обращается в одну из базовых медицинских организаций самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис добровольного медицинского страхования, Свидетельство о рождении, паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса ДМС другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

При первом обращении Застрахованного лица в базовую медицинскую организацию он прикрепляется к нему на весь период действия Договора.

Базовая медицинская организация может быть заменена по желанию Застрахованного лица, о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления лечащего врача базовой амбулаторной медицинской организации;
- направления врача-эксперта уполномоченного представителя Страховщика;
- страхового полиса добровольного медицинского страхования;
- паспорта или иного удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.
- госпитализация в профильное отделение в течение оговоренного в договоре количества дней, а по показаниям – в день обращения;
- размещение в одно-двухместной палате;
- консультация высококвалифицированных специалистов.

При отсутствии в данной медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком при согласии Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинских услуг, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. Страховая сумма.

Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по настоящей Программе, не может превышать лимит страховой ответственности (страховую сумму).

ПРОГРАММА №17 - «Клещевой энцефалит – 1»

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

1. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, предусмотренную договором страхования, с целью специфической иммунопрофилактики и (или) по поводу острой стадии развития инфекционного заболевания, и (или) осложнения после специфической иммунопрофилактики **клещевого энцефалита**

2. Перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках Программы добровольного медицинского страхования.

Профилактика и лечение клещевого энцефалита

Программа предусматривает проведение обследования и профилактических мероприятий при обращении Застрахованного лица в пункт серопротекции медицинской организации по поводу укуса клеща, обеспечение высококвалифицированной медицинской помощи Застрахованным лицам в период острой стадии заболевания клещевым энцефалитом и болезнью Лайма, наблюдение инфекциониста после перенесенного заболевания, по показаниям реабилитационно-восстановительное лечение.

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Консультации и лечение в поликлинике специалистами различных профилей: инфекционист, терапевт, невропатолог.
- Диагностика: исследование крови на вирусемию, АГ-емию в двух фракциях, двумя методами (РНГА, ИФА);
- Медицинские манипуляции: удаление обнаруженного клеща, однократное введение иммуноглобулина высокого титра, введение антибиотика широкого спектра действия по определенной схеме.

2. Стационарная помощь при плановой и экстренной госпитализации в случае острого заболевания клещевым энцефалитом или болезнью Лайма:

- Наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами (врачи высшей категории)
- Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания.
- Лечение заболевания, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.
- Высокоэффективные лекарственные препараты, перевязочный материал, анестетики, одноразовый инструментарий и системы для трансфузий.
- Физиотерапевтическое лечение по показаниям.

3. Исключения.

По настоящей Программе не оплачиваются услуги по предоставлению медицинской помощи, связанной с лечением заболеваний, не являющихся клещевым энцефалитом или болезнью Лайма, а также хронических форм клещевого энцефалита и болезни Лайма.

При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить индивидуальный страховой медицинский полис АО «Боровицкое страховое общество» и документ, удостоверяющий личность.

Телефон представителя Страховщика: _____

ПРОГРАММА № 18 - «Клещевой энцефалит – 2»

Данная Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» АО «Боровицкое страховое общество» (далее - Страховщик).

Программа является обязательным приложением к договору добровольного медицинского страхования (далее Договор) и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинских услуг, которые Страховщик предоставляет Застрахованным лицам (далее – Застрахованные лица);
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинскими услугами.

1. Страховой случай.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, предусмотренную договором страхования, с целью специфической иммунопрофилактики и (или) по поводу острой стадии развития инфекционного заболевания, и (или) осложнения после специфической иммунопрофилактики **клещевого энцефалита.**

2. Перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках Программы добровольного медицинского страхования.

Профилактика и лечение клещевого энцефалита.

Программа предусматривает проведение профилактических мероприятий при обращении Застрахованного в пункт серопрофилактики медицинской организации; обследования и лечения по поводу укуса клеща, обеспечение высококвалифицированной медицинской помощи Застрахованным лицам в период острой стадии заболевания клещевым энцефалитом и болезнью Лайма, наблюдение инфекциониста после перенесенного заболевания, по показаниям реабилитационно - восстановительное лечение.

1. Проведение специфической иммунопрофилактики (вакцинации) до укуса клеща.

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Консультации и лечение в поликлинике специалистами различных профилей: инфекционист, терапевт, невропатолог.
- Диагностика: исследование крови на вирусемию, АГ-емию в двух фракциях, двумя методами (РНГА, ИФА);
- Медицинские манипуляции: удаление обнаруженного клеща, однократное введение иммуноглобулина высокого титра, введение антибиотика широкого спектра действия по определенной схеме.
- Иные услуги, предусмотренные Программой страхования.

3. Стационарная помощь при плановой и экстренной госпитализации в случае острого заболевания клещевым энцефалитом или болезнью Лайма:

- Наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами (врачи высшей категории)
- Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания.
- Лечение заболевания, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.
- Высокоэффективные лекарственные препараты, перевязочный материал, анестетики, одноразовый инструментарий и системы для трансфузий.
- Физиотерапевтическое лечение по показаниям.
- Иные услуги, предусмотренные Программой страхования.

3. Исключения.

По настоящей Программе не оплачиваются услуги по предоставлению медицинской помощи, связанной с лечением заболеваний, не являющихся клещевым энцефалитом или болезнью Лайма, а также хронических форм клещевого энцефалита и болезни Лайма.

При обращении за медицинской помощью Застрахованное лицо обязано предъявить индивидуальный страховой медицинский полис АО «Боровицкое страховое общество» и документ, удостоверяющий личность.

Телефон представителя Страховщика: _____