



«Утверждаю»
Генеральный директор
ООО СМК «УГМК-Медицина»
И.Л.Леонтьев
приказ от 06 мая 2019 г. № 31

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Содержание:

1. Общие положения
2. Субъекты и участники страхования
3. Объект страхования
4. Страховой риск, страховой случай
5. Условия договора добровольного медицинского страхования
6. Страховая сумма, страховая премия, франшиза
7. Заключение, срок действия и прекращение договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Порядок организации получения медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья
10. Порядок осуществления страховой выплаты. Отказ в страховой выплате.
11. Персональные данные
12. Порядок разрешения споров

г. Екатеринбург

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством РФ и регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по вопросам добровольного медицинского страхования.
- 1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договора страхования (страхового полиса), заключенного между Страховщиком и Страхователем в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.
- 1.3. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), организовать оказание медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы.
- 1.4. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении любых отдельных положений настоящих Правил.
- 1.5. Согласованные положения договора имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил.
- 1.6. Отношения участников, не предусмотренные договором страхования, регламентируются настоящими Правилами.
- 1.7. При осуществлении всех прочих отношений, возникающих в связи с договором страхования и не предусмотренных договором и настоящими Правилами, стороны руководствуются действующим законодательством.
- 1.8. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

Страховой риск – предполагаемое событие, 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.

Страховая сумма (страховое покрытие) – денежная сумма, определенная договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма является пределом ответственности Страховщика по всем страховым выплатам.

Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и в сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Может выражаться в процентах или в рублях со 100 рублей страховой суммы.

Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Лимит ответственности Страховщика – сумма, ограничивающая ответственность Страховщика по договору страхования, может устанавливаться по отдельному разделу Программы страхования; по конкретному виду медицинской помощи; на одного Застрахованного.

Программа добровольного медицинского страхования – документ, регламентирующий перечень видов медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, на получение которых имеет право застрахованный по ДМС, а также перечень услуг, которые не оплачиваются Страховщиком. Программа ДМС может содержать перечень страховых рисков, размеры страховой суммы и страховой премии на одно Застрахованное лицо, порядок получения услуг, лимиты ответственности по разделам Программы, перечень медицинских, аптечных и/или сервисных организаций, в которых будет осуществляться обслуживание Застрахованных лиц, перечень заболеваний, обращения по поводу которых не будут являться страховым случаем.

Медицинские и иные услуги, связанные с расстройством здоровья – это услуги медицинской и лекарственной помощи, которые включают в себя профилактику, диагностику и лечение Застрахованных лиц, лекарственное обеспечение, обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и изделиями медицинского назначения, а также услуги по пребыванию в стационаре, медицинскую транспортировку, услуги по уходу, услуги по репатриации (в т.ч. посмертной), услуги по

организации медицинской помощи в других медицинских организациях (в т.ч. за рубежом), информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

Медицинские организации – лечебно-профилактические учреждения, предприятия и организации, юридические и физические лица, оказывающие медицинские и связанные с ними услуги, на основании соответствующих лицензий или иных разрешительных документов.

Аптечные организации – это специализированные организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения, а также оказание консультативной помощи в целях обеспечения ответственного самолечения и оказание первичной медицинской помощи.

Сервисные компании – компании по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

Франшиза – определенная договором страхования сумма выплаты, не подлежащая возмещению со стороны Страховщика. Различаются безусловная, условная и динамическая франшизы. Франшиза устанавливается в процентах от страховой суммы или в твердой денежной сумме.

При **безусловной франшизе** обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному лицу медицинских и связанных с ними услуг, если их размер не превышает франшизу.

При **динамической франшизе** сумма расходов, не подлежащих оплате Страховщиком, изменяется динамически.

Случай лечения – это предоставление медицинской помощи в виде единичной медицинской услуги или комплекса взаимосвязанных медицинских услуг по поводу одного заболевания, имеющей своей целью постановку диагноза и/или проведение определенного этапа лечения и ограниченной временным интервалом (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации).

2. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1 Субъектом страхового дела является страховая организация (далее Страховщик), участниками страховых отношений являются Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель, страховой агент, страховой брокер, актуарий.
- 2.2 Страховщик – ООО «Страховая медицинская компания «УГМК - Медицина», созданное в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, действующее на основании Устава и осуществляющее страховую деятельность на основании лицензии, выданной в установленном законом порядке.
- 2.3 Страхователь:
 - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной гражданским законодательством РФ, заключившее со Страховщиком договор страхования;
 - дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор страхования.
- 2.4 Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключается договор страхования. При этом если Страхователь - физическое лицо, заключившее договор страхования в свою пользу, он является одновременно Застрахованным лицом.
- 2.5 На условиях настоящих Правил договоры добровольного страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц без ограничения возраста.
- 2.6 Не допускается страхование противоправных интересов.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1 Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству РФ 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.

4. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 4.1 Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого заключается договор страхования.
- 4.2 Страховщик обеспечивает страховую защиту по условиям настоящих Правил от наступления следующих событий (кроме входящих в перечень исключений):
- 4.2.1 острое заболевание, отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
 - 4.2.2 обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
 - 4.2.3 обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
 - 4.2.4 проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
 - 4.2.5 состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);
 - 4.2.6 смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования на территории Российской Федерации, повлекшая необходимость репатриации останков Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.
- 4.3 Договор страхования может быть заключен от совокупности вышеназванных рисков или любой их комбинации. В отношении событий, указанных в пп. 4.2.1. – 4.2.5., договор может быть заключен в отношении неограниченного перечня заболеваний/состояний либо по отдельным заболеваниям и состояниям. Конкретный перечень страховых рисков, а также заболеваний и состояний, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту, устанавливается в программе страхования.
- 4.4 Страховым случаем является свершившееся событие из числа указанных в п.4.2 настоящих Правил, предусмотренное в договоре или программе страхования, повлекшее в течение срока страхования обращение в медицинскую, аптечную, сервисную и/или иную организацию из числа определенных и/или согласованных со Страховщиком за услугами, предусмотренными программой страхования.
- 4.5 Не является страховым случаем и не подлежит возмещению возникновение затрат на медицинские и иные услуги в результате следующих событий:
- 4.5.1. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию в связи:
 - с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
 - с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
 - с умышленным причинением себе телесных повреждений.
 - 4.5.2. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за получением услуг:
 - которые не предусмотрены договором страхования;
 - в медицинской организации без направления страховщика за исключением случаев, предварительно согласованных со Страховщиком;
 - в медицинской организации, не предусмотренной договором страхования и не согласованной со Страховщиком;
 - в период приостановления Страховщиком действия договора страхования, или до вступления его в силу, или после окончания действия договора, или после исключения Застрахованного из списка застрахованных.
 - 4.5.3. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за получением услуг:
 - указанных в соответствующих Программах страхования в качестве не подлежащих оплате;
 - по поводу заболеваний, которые отнесены к перечню исключений из страхового покрытия.
- 4.6 Страховщик освобождается от ответственности, если страховой случай наступил вследствие:
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
 - военных действий, а так же маневров или иных военных мероприятий;
 - гражданской войны, народных волнений или забастовок.

- террористических актов и стихийных бедствий.

5. УСЛОВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 5.1 Договор страхования заключается на условиях одной или нескольких программ медицинского страхования, разработанных Страховщиком и представленных в Приложениях 1.1-1.32 к настоящим Правилам.
- 5.2 Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право определить набор программ добровольного медицинского страхования в любой комбинации или выбрать определенный перечень услуг из любой программы.
 - 5.2.1. Перечень медицинских и связанных с ними услуг по договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.
 - 5.2.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.
- 5.3 Перечень медицинских, аптечных и/или сервисных организаций, в которых будет производиться обслуживание Застрахованных лиц, определяется по согласованию между Страховщиком и Страхователем.
- 5.4 Договор страхования может быть заключен на условиях «до первого страхового случая». Данное условие может быть установлено в отношении всех Застрахованных лиц, а также в отношении конкретных Застрахованных лиц. По условиям такого договора Страховщик оплачивает медицинские услуги, полученные Застрахованным, только один раз в течение срока действия договора страхования по одному случаю лечения.
- 5.5 Договор страхования может быть заключен на условиях «с лимитом выплат по одному страховому случаю». Данное условие может быть установлено в отношении всех Застрахованных лиц, а также в отношении конкретных Застрахованных лиц. По условиям такого договора Страховщик оплачивает медицинские услуги, полученные Застрахованным при каждом страховом случае, только в пределах лимита ответственности, установленного договором страхования для одного страхового случая.
- 5.6 Условиями Договора страхования по согласованию Сторон могут устанавливаться Лимиты ответственности Страховщика: по программам, по любой части программы страхования, видам медицинских и иных услуг, количеству медицинских и иных услуг, группам Застрахованных лиц. Величина Лимита ответственности Страховщика может быть определена как в абсолютной величине, так и в процентах от страховой суммы. Данное условие может быть установлено в отношении всех Застрахованных лиц, а также в отношении конкретных Застрахованных лиц. В рамках одного договора страхования допускается использование разных типов и размеров лимитов ответственности.
- 5.7 При заключении договора страхования в отношении инвалидов I, II и III группы не предусматривается лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся осложнениями этого заболевания.
- 5.8 Договор страхования может быть заключен по системе первого риска. По условиям такого договора Страховщик выплачивает страховое возмещение в размере фактических затрат на медицинские и иные услуги, но не более определенной сторонами страховой суммы. При страховании по такой системе затраты на медицинские и иные услуги в пределах установленной страховой суммы (первый риск) возмещаются в полном объеме, а затраты, превышающие страховую сумму (второй риск), Страховщиком не возмещаются.
- 5.9. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня медицинских и иных услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, включаемых в программу страхования Застрахованного лица; кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться и о названии программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.
- 5.10. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного лица за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования наступают по окончании выжидательного периода.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

- 6.1 Страховая сумма по договору страхования определяется по согласованию между Страховщиком и Страхователем с учетом Программы страхования, выбранной Страхователем, перечня медицинских организаций, срока действия договора страхования и иных факторов.
- 6.2 Страховая сумма, если иное не установлено договором страхования, определяет максимальную стоимость медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья или состояниями Застрахованного лица, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение действия договора страхования.
- 6.3 Сумма страховых выплат по договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким договором размер страховой суммы, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 6.4 При заключении договора на условиях нескольких программ страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, в пределах страховой суммы в целом или по каждой из программ, что определяется условиями договора.
- 6.5 Страховая сумма может быть изменена по инициативе Страхователя или Страховщика в соответствии с п. 8.1.2. и п.8.5.4. настоящих Правил.
- 6.5. Страховой тариф – это 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 тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.
- 6.6. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы. При заключении договора страхования Страховщик имеет право применять повышающие и понижающие коэффициенты к тарифам, определяющиеся в зависимости от размера страховой суммы, количества Застрахованных лиц, срока страхования, перечня медицинских услуг, перечня медицинских учреждений, в которых будут оказываться услуги Застрахованным лицам, а также по результатам андеррайтинга с учетом иных существенных обстоятельств, влияющих на степень риска (группа здоровья Застрахованного лица, данные Анкеты Застрахованного лица, результаты медицинского освидетельствования, профессия, возраст и другие).
- 6.7. Страховая премия и страховая сумма по договору страхования могут устанавливаться как в целом по договору, так и индивидуально: на каждое Застрахованное лицо, по программе (или группе программ), по страховому риску (или группе рисков).
- 6.8. Страховая премия уплачивается единовременно либо в рассрочку. Размер и сроки внесения страховых взносов определяются договором страхования.
- 6.9. Страховая премия уплачивается:
 - 6.9.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;
 - 6.9.2. в наличной форме в кассу Страховщика;
 - 6.9.3. в наличной форме страховому агенту.
- 6.10. Если иное не предусмотрено договором страхования, при сроке страхования менее одного года, в том числе при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии:
 - 1 месяц – 20%,
 - 2 месяца – 30%,
 - 3 месяца – 40%,
 - 4 месяца – 50%,
 - 5 месяцев – 60%,
 - 6 месяцев – 70%,
 - 7 месяцев – 75%,
 - 8 месяцев – 80%,
 - 9 месяцев – 85%,
 - 10 месяцев – 90%,
 - 11 месяцев – 95%.

При этом неполный месяц считается как полный.

- 6.11. При сроке страхования более одного года, в том числе при пролонгации срока действия договора, размер страховой премии исчисляется индивидуально по каждому договору по результатам андеррайтинга с учетом существенных обстоятельств, влияющих на степень риска.
- 6.12. В договоре страхования может быть предусмотрена условная, безусловная, динамическая и иные виды франшизы.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1 Договоры страхования могут быть заключены с юридическими и/или физическими лицами в отношении одного лица или группы лиц. Страховщик и Страхователь заключают договор по форме в соответствии с Приложениями 2.1-2.2 к настоящим Правилам. При взаимном согласии сторон форма договора страхования, предусмотренная Приложениями 2.1-2.3 к Правилам, может быть изменена.
- 7.2 Застрахованными по договору страхования с юридическими лицами являются физические лица, включенные Страхователем в Список застрахованных.
- 7.3 Застрахованными по договору с физическими лицами могут являться как сам Страхователь, так и другие физические лица.
- 7.4 Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с устным или письменным заявлением установленной формы (Приложения 3.1-3.3), заявляет о своем намерении заключить договор страхования с указанием предполагаемого срока страхования, количества лиц, подлежащих страхованию, объема программы страхования.
- 7.5 При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:
- 7.5.1. если Страхователем выступает юридическое лицо: наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты Страхователя, копии свидетельства ОГРН, ИНН;
- 7.5.2. если Страхователем выступает физическое лицо:
- копию паспорта Страхователя / Застрахованного лица;
 - копию ИНН, СНИЛС (при наличии);
 - выписку из медицинской организации Страхователя / Застрахованного лица, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
 - доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя);
 - документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – визу и/или миграционную карту;
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ;
 - для постоянно проживающих – вид на жительство;
 - для беженцев – удостоверение беженца;
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;
 - свидетельство о регистрации по месту пребывания (для иностранных граждан, временно пребывающих на территории РФ).
- 7.5.3. информацию о лицах, подлежащих страхованию:
- фамилия, имя, отчество лиц, в пользу которых заключается Договор;
 - возраст (полных лет);
 - пол;
 - домашний адрес и телефон;
 - копию паспорта.
- 7.5.4. документы в целях исполнения закона 115-ФЗ от 07.08.2001 «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.
- Перечисленные данные о Страхователе (Застрахованном лице) должны быть подтверждены подписью Страхователя.
- 7.6 Договоры страхования могут заключаться как с предварительным медицинским освидетельствованием принимаемых на страхование лиц, так и без него. Объем и условия прохождения предварительного медицинского освидетельствования определяются Страховщиком, финансируется за счет средств Страхователя (Застрахованного).

На основании результатов медицинского освидетельствования определяется принадлежность лица к группе медицинского риска, что может повлечь дополнительные ограничения ответственности страховщика и/или применение поправочных коэффициентов к тарифам при расчете страховой премии.

- 7.7 По согласованию со Страховщиком лица, подлежащие страхованию, могут быть дифференцированы по группам медицинского риска, определяемым локальными документами Страховщика.
- 7.8 Для определения групп медицинского риска Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления Анкеты Застрахованного лица (далее Анкеты) по форме Страховщика (Приложение 4) в отношении принимаемых на страхование лиц. Анкета заполняется лицом, принимаемым на страхование. Данное лицо несет полную ответственность за достоверность предоставленных в Анкете сведений.
- 7.9 Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае установления ложных данных, Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть отказано в заключении договора страхования.
- 7.10 Договор страхования заключается в письменной форме путем составления документа, подписанного обеими сторонами. Договор страхования с физическим лицом может быть заключен путем подписания страхового полиса по форме в соответствии с Приложением 5 к настоящим Правилам. При взаимном согласии сторон форма полиса, предусмотренная Приложением 5 к Правилам, может быть изменена.
- 7.11 Приложением к договору может быть:
- 7.11.1. распределение застрахованных лиц по группам с установлением дифференцированного лимита страховой ответственности по группам внутри одной программы;
 - 7.11.2. перечень медицинских и иных организаций, в которых гарантируется предоставление услуг застрахованным (если договором и программой страхования предусмотрен такой выбор);
 - 7.11.3. программы страхования;
 - 7.11.4. образцы используемых сторонами документов;
- 7.12 Страховщик оформляет и передает Страхователю - юридическому лицу полисы страхования (по форме в соответствии с Приложением 6 к настоящим Правилам) на каждого застрахованного в течение 7-ми календарных дней с момента перечисления страховой премии, если иное не установлено договором. При изменении персонального состава списка застрахованных с согласия Страховщика последний в течение 3-х календарных дней с момента принятия решения о производстве указанных изменений передает Страхователю полис страхования на вновь застрахованных, если иное не предусмотрено в договоре страхования.
- 7.13 Застрахованному лицу запрещается передавать полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В случае установления такого факта Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного лица.
- 7.14 В случае утраты страхового полиса в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается новый страховой полис, после чего утраченные документы признаются недействительными.
- 7.15 Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:
- 7.15.1. при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика, если иное не установлено договором страхования;
 - 7.15.2. при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика - с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата, если иное не установлено договором страхования.
- 7.16 Договор страхования оканчивается в 23 часа 59 минут дня, указанного сторонами в договоре как день его окончания, если иное не установлено договором страхования.
- 7.17 Действие договора страхования приостанавливается Страховщиком в одностороннем порядке в случае нарушения Страхователем обязанностей, предусмотренных п.8.2.4. и п.8.2.6. настоящих Правил страхования.
- 7.18 Во время приостановления действия договора страхования медицинские и иные услуги, связанные с расстройством здоровья, Застрахованным лицам не оказываются. Возобновление действия договора осуществляется с момента устранения причин, повлекших приостановление.
- 7.19 Договор страхования прекращает действие и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг по договору страхования в случае:

- 7.19.1. истечения срока действия договора страхования;
 - 7.19.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору в полном объеме, т.е. в случае оказания Страхователю (Застрахованному лицу) услуг на сумму, равную страховой ответственности, и/или в случае исчерпания установленных лимитов, и/или исполнения Страховщиком иных предусмотренных договором страхования условий;
 - 7.19.3. признания судом договора страхования недействительным;
 - 7.19.4. в отношении указанного в нем Застрахованного лица в случае его смерти.
- 7.20 Действие договора страхования может быть прекращено досрочно:
- 7.20.1. по соглашению сторон;
 - 7.20.2. по инициативе Страхователя:
 - 7.20.2.1. в отношении указанного в нем Застрахованного лица;
 - 7.20.2.2. в отношении всех Застрахованных;
 - 7.20.3. по инициативе Страховщика в случае неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки и размерах;
- 7.21 В случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в сроки и в размерах, установленных договором страхования, по истечении 10 рабочих дней с даты, установленной для уплаты страховой премии или очередного страхового взноса, Страховщик может приостановить действие договора, а в дальнейшем в срок по своему усмотрению полностью прекратить его действие, направив письменное уведомление Страхователю.
- 7.22 При досрочном прекращении действия договора страхования, заключенного со Страхователем – юридическим лицом:
- 7.22.1. при досрочном прекращении действия договора страхования по инициативе Страхователя (за исключением случаев, предусмотренных п.7.20.2.1. и п. 7.24 настоящих Правил) Страхователю может быть возвращена часть страховых взносов, исчисленных пропорционально за не истекший к моменту досрочного прекращения срок действия договора страхования за вычетом расходов страховой организации, включая расходы на ведение дела. Возврат страховой премии осуществляется только в отношении оплаченной части страховой премии, предусмотренной настоящим договором.
 - 7.22.2. при досрочном прекращении действия договора по инициативе Страховщика в соответствии с п.7.20.3. настоящих Правил страховая премия возврату не подлежит.
- 7.23 При досрочном прекращении действия договора страхования, заключенного со Страхователем – физическим лицом (за исключением случаев, предусмотренных п. 7.24 настоящих Правил):
- 7.23.1. в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования:
 - 7.23.1.1. в полном размере при отказе от договора до даты начала действия страхования;
 - 7.23.1.2. с удержанием Страховщиком части страховой премии, исчисленной пропорционально сроку действия договора, при отказе от него после даты начала действия страхования.
 - 7.23.2. в случае отказа Страхователя от договора страхования после 14-ти календарных дней со дня его заключения уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 7.24 При досрочном прекращении действия договора страхования, заключенного со Страхователем в отношении застрахованных лиц – иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности, уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено договором страхования.
- 7.25 Договор страхования прекращает свое действие с 23 ч. 59 мин. даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе или иной даты, установленной по соглашению сторон.
- 7.26 Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Страхователь имеет право:

- 8.1.1. требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских организациях медицинских и связанных с ними услуг, определенных Программой страхования в соответствии с договором страхования;
- 8.1.2. расширить Программу страхования, изменить уровень страхового обеспечения, уплатив при этом дополнительную страховую премию. Размер страховой премии и порядок оплаты определяются дополнительным соглашением к договору страхования;
- 8.1.3. увеличить количество Застрахованных лиц путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений о дополнительно страхуемых лицах и уплатой за них страховой премии за период с момента заключения дополнительного соглашения до окончания срока страхования.
- 8.1.4. уменьшить количество Застрахованных лиц, расторгнув договор в отношении этих лиц (исключение Застрахованных лиц из списка производится только с их согласия);
- 8.1.5. изменить персональный состав Застрахованных лиц с согласия Страховщика. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику в письменном виде сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. При необходимости производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья вновь Застрахованных лиц за не истекший срок страхования.

8.2. Страхователь обязан:

- 8.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные договором страхования и/или дополнительным соглашением к нему;
- 8.2.2. предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;
- 8.2.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по договору страхования, условиями получения медицинских и связанных с ними услуг, передать Застрахованным лицам полисы медицинского страхования;
- 8.2.4. возместить Страховщику понесенные им затраты на основании п. 8.5.3. настоящих Правил в течение 7-ми банковских дней с даты получения соответствующего счета от страховщика;
- 8.2.5. уведомить Застрахованных лиц и получить их согласие на:
 - 8.2.5.1. обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в полисе (а также иных персональных сведений, полученных Страховщиком во время действия договора страхования), любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», с целью исполнения договора страхования;
 - 8.2.5.2. ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица экспертами Страховщика в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и действующим законодательством в целях проведения экспертизы объемов и качества медицинской помощи.
- 8.2.6. по запросу Страховщика предоставить ему указанные в п.8.2.5. письменные согласия Застрахованных лиц;
- 8.2.7. в случае исключения Застрахованного лица из списка застрахованных получить его письменное согласие и передать Страховщику;
- 8.2.8. расторгнуть договор в отношении Застрахованного лица, прекращающего трудовые отношения со Страхователем, в течение 3-х рабочих дней с момента увольнения.

8.3. Страховщик имеет право:

- 8.3.1. в случае сомнений в достоверности представленных в «Анкете Застрахованного лица» сведений потребовать от Страхователя предоставить все необходимые документы, подтверждающие данные, указанные в Анкете Застрахованного, в 7-дневный срок со дня запроса Страховщика;
- 8.3.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;
- 8.3.3. потребовать от Страхователя возмещения затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору при условии, что медицинские и иные услуги, связанные с расстройством здоровья, были получены лицом по страховому полису

застрахованного в нарушение обязанности Страхователя, предусмотренной п.8.2.8. настоящих Правил.

- 8.3.4. инициировать изменение страховой суммы по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования.
- 8.3.5. в пределах страховой суммы устанавливать лимиты ответственности по Программам медицинского страхования.

8.4. Страховщик обязан:

- 8.4.1. выдать Страхователю (Застрахованным лицам) полисы медицинского страхования в сроки, указанные в договоре страхования;
- 8.4.2. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и связанных с ними услуг в соответствии с Программой страхования и своевременно осуществлять их оплату в пределах страховой суммы, указанной в договоре страхования;
- 8.4.3. в случае, если медицинская организация на момент обращения Застрахованного лица не может обеспечить оказание ранее согласованных услуг в соответствии с Программой страхования, организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации;
- 8.4.4. защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями в части организации медицинской помощи;
- 8.4.5. обеспечить конфиденциальность в отношении Страхователя (Застрахованных лиц) и защиту его персональных данных в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных».

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ, СВЯЗАННЫХ С РАССТРОЙСТВОМ ЗДОРОВЬЯ

- 9.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья или состояниями, требующими оказания таких услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 9.2. Перечисленные в Программе страхования медицинские услуги, оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии направления Страховщика и документа, удостоверяющего его личность.
- 9.3. При госпитализации Застрахованного в экстренном порядке, Застрахованный и/или лицо, действующее в его интересах, при первой же возможности связывается с отделом добровольного медицинского страхования (ДМС) ООО СМК «УГМК-Медицина». Специалист отдела ДМС отправляет в медицинскую организацию направление установленного образца с лимитом ответственности Страховщика и выясняет возможность организации медицинской помощи в соответствии с Программой страхования, в том числе и по улучшению условий пребывания Застрахованного. В случае, если экстренная госпитализация была осуществлена в медицинскую организацию не из числа указанных в договоре страхования, в дальнейшем по желанию Застрахованного и при отсутствии медицинских противопоказаний Страховщик может принять меры для перевода Застрахованного в медицинскую организацию из числа указанных в договоре страхования. Расходы на транспортировку оплачиваются Страховщиком. При отсутствии возможности перевода Застрахованного лица Страховщик принимает меры по заключению договора с данной медицинской организацией.
- 9.4. При плановой госпитализации Застрахованный должен обратиться в отдел ДМС ООО СМК «УГМК-Медицина». Специалист отдела ДМС связывается с медицинской организацией, уточняет наличие койко-места в отделении, согласовывает дату госпитализации, отправляет направление установленного образца. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия договора страхования. Оплата услуг производится до конца действия договора страхования, далее за счет средств Застрахованного (Страхователя).
- 9.5. В случае если в медицинской организации, определенной договором страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, ООО СМК «УГМК-Медицина» может рассмотреть вопрос об организации их оказания в другом равноценном лечебном учреждении.
- 9.6. Иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, оказываются в режиме работы соответствующей организации.
- 9.7. Для организации оказания медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, предусмотренных Программами страхования, Страховщик заключает договоры с медицинскими, аптечными и/или сервисными организациями как на территории Российской Федерации, так и за рубежом, включая частнопрактикующих врачей.

- 9.8 Организация оказания медицинских и иных услуг в зарубежных клиниках и/или у частнопрактикующих врачей может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими организациями (частнопрактикующими врачами), так и через российские медицинские и/или иные организации, либо при посредничестве сервисных медицинских компаний. Во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет производиться и считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской и/или иной организации, оказавшей медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству местонахождения организации для осуществления ею деятельности.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 10.1 Страховая выплата осуществляется в виде оплаты (возмещения) затрат на организацию и оказание медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья Застрахованного лица, при наступлении страховых случаев, которые предусмотрены договором страхования, следующими способами:
- 10.1.1. путем безналичного перечисления средств на расчетный счет организации, организовавшей и/или оказавшей медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица;
- 10.1.2. путем возмещения понесенных расходов на медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, наличными деньгами или перечислением на лицевой счет самого лица либо выгодоприобретателя.
- 10.2 Конкретный способ осуществления страховой выплаты определяется по условиям договора.
- 10.3 Безналичное перечисление средств на расчетный счет организации, оказавшей медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, осуществляется либо авансировано, либо на основании счетов, представленных Страховщику соответствующими организациями в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и такой организацией.
- 10.4 Возмещение понесенных расходов на медицинские и иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, осуществляется непосредственно ему (либо выгодоприобретателю или третьему лицу, имеющему право на получение страховой выплаты по условиям конкретного договора страхования) наличными деньгами или перечислением на его лицевой счет.
- 10.4.1. Для осуществления страховой выплаты Застрахованное лицо (либо выгодоприобретатель или третье лицо, имеющее право на получение страховой выплаты по условиям конкретного договора страхования) обращается к Страховщику с заявлением. К заявлению Страховщик имеет право потребовать предоставления следующих документов:
- копия паспорта Страхователя / Застрахованного лица (с официальным заверенным переводом на русский язык для иностранных граждан при необходимости);
 - документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
 - для временно пребывающих – визу и/или миграционную карту;
 - для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ;
 - для постоянно проживающих – вид на жительство;
 - для беженцев – удостоверение беженца;
 - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;
 - копия разрешения на работу (патента);
 - страховой договор или полис, квитанция об оплате страховой премии;
 - направление лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, а в случае госпитализации – документы, послужившие основанием для госпитализации;
 - врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и/или печатью медицинской организации;

- документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);
 - документы, свидетельствующие об оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, с указанием организации, оказывавшей услуги, перечня оказанных услуг и их стоимости;
 - кассовый / товарный чек за лекарственные средства;
 - платежно-расчетные документы, подтверждающие факт оплаты услуг, связанных с медико-транспортными услугами и услугами по репатриации, если эти услуги были включены в программу страхования;
 - документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица;
 - копию паспорта законного представителя Застрахованного лица (либо выгодоприобретателя или третьего лица, имеющего право на получение страховой выплаты по условиям конкретного договора страхования);
 - копию свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
 - копия лицензии медицинской организации с переводом на русский язык (в случае необходимости), в которой Застрахованное лицо проходило лечение (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);
 - документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного лица (либо выгодоприобретателя или третьего лица, имеющего право на получение страховой выплаты по условиям конкретного договора страхования), для перечисления страховой выплаты. Ответственность за полноту и достоверность представленных банковских реквизитов несет Заявитель.
- 10.4.2. Затраты признаются обоснованными, если они соответствуют положениям договора страхования и/или настоящим Правилам, являются необходимыми и оплачены в полном объеме, а также подтверждаются документами из п. 10.4.1. настоящих Правил. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнений.
- 10.4.3. В случае, если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения, а также производить экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, отсрочив принятие решения о страховой выплате на дополнительный срок до 30 дней.
- 10.4.4. В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица либо выгодоприобретателя) от предоставления запрашиваемых документов Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной представленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате.
- 10.4.5. Заявление на страховую выплату принимается не позднее 60 календарных дней, если иное не установлено договором страхования, после получения Застрахованным лицом медицинских или иных услуг, связанных с расстройством здоровья.
- 10.5. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования, но не более страховой суммы, установленной в договоре страхования, либо отдельных лимитов, если они установлены.
- 10.6. Сроки и порядок осуществления страховой выплаты:
- 10.6.1. в случае оплаты медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения путем безналичного перечисления средств на расчетный счет организации, организовавшей и/или оказавшей медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, страховые выплаты производятся в порядке и сроки, предусмотренные договором между Страховщиком и соответствующей организацией;
- 10.6.2. в случае возмещения расходов на медицинские и иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, непосредственно ему (либо выгодоприобретателю или третьему лицу, имеющему право на получение страховой выплаты по условиям конкретного договора страхования), Страховщик в течение 10 рабочих дней с момента предъявления всех необходимых документов принимает решение о признании страхового случая или отказе в

- страховой выплате, составляет страховой акт, являющийся основным документом для выплаты страхового возмещения.
- 10.6.3. В случае принятия решения о выплате Страховщик в течение 10 рабочих дней со дня подписания страхового акта производит выплату страхового возмещения Страхователю (Застрахованному лицу либо выгодоприобретателю). Днем выплаты страхового возмещения считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.
- 10.6.4. В случае непредоставления лицом, обратившимся за страховым возмещением, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и о необходимости предоставить недостающие сведения любым доступным способом (по телефону, посредством sms-уведомления, посредством услуг ФГУП «Почта России») на основании контактных данных, указанных в заявлении на страховую выплату / заявлении на заключение договора страхования.
- 10.7. Основания для отказа в страховой выплате:
- 10.7.1. если требование о страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение страхового случая;
- 10.7.2. если наступившее событие исключено из страхового покрытия в соответствии с условиями настоящих Правил и/или договора страхования;
- 10.7.3. если заявленное событие наступило до момента заключения договора страхования;
- 10.7.4. если Страховщик не был извещен в срок (п. 10.4.5. настоящих Правил) о страховом случае;
- 10.7.5. если не выполнены какие-либо условия по осуществлению страховой выплаты, предусмотренные п. 10.4.1 настоящих Правил;
- 10.7.6. в части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков;
- 10.7.7. если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством РФ.
- 10.8. Решение об отказе в страховой выплате на основании п.10.7. настоящих Правил принимается Страховщиком и доводится до Страхователя / Застрахованного лица либо иного лица, заявляющего требование о страховой выплате, в течение 3-х рабочих дней с момента принятия решения. Указанное решение направляется в письменном виде посредством услуг ФГУП «Почта России» на адрес, указанный в заявлении на страховую выплату / заявлении на заключение договора страхования.

11. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 11.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за получение согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.
- 11.2. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 12.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке.

ПРОГРАММА № 1
Добровольного медицинского страхования
«АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Амбулаторное лечение» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза),
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.3 и п.4)

Консультативные приемы иммунолога (аллерголога), Доктора медицинских наук, профессора, проведение консилиума не более 1 раза в течение срока страхования.

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в год в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*:

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования.

3.1.2.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.1.2.5. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.1.2.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.1.2.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования*, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследование липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования)

3.1.2.8. Подбор очков для коррекции зрения (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 5 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- классический лечебный массаж (не более 10 сеансов в течение срока страхования),
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества (не более 5 раз в течение срока страхования)

3.1.4. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

3.1.5. Манипуляции по деструкции образований (не более 1 раза в течение срока страхования), химическая деструкция без стоимости препарата.

3.1.6. Флебэктомия при варикозной болезни III, IV стадии, кроссэктомия.

3.1.7. Введение лекарственных веществ в сустав, околосуставные пространства и мягкие ткани без стоимости лекарственных средств (не более 5 раз в течение срока страхования).

3.1.8. Манипуляции и операции у травматолога по поводу неотложных состояний, плановое наблюдение и лечение*.

3.1.9. Оказание помощи на дому Застрахованному, который по состоянию здоровья или характеру заболевания не может посетить лечебное учреждение, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача: осмотр врача-терапевта, купирование неотложных состояний.

Помощь на дому оказывается в режиме работы медицинских учреждений, включенных в программу ДМС, в пределах административной границы населенного пункта, только по адресу, указанному в списках Застрахованных, приложенных к договору.

3.2. КОМПЛЕКС ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ ПО ВЫБОРУ СТРАХОВАТЕЛЯ:

- внеочередность получения медицинских услуг,
- персональное оповещение о проведенных или планируемых лечебно-диагностических мероприятиях,

- приобретение и доставка медицинских препаратов Застрахованному,
- оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: вакцинопрофилактика, массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр.

В случае выбора Страхователем комплекса дополнительных услуг при расчете тарифа применяется повышающий коэффициент 1,5.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка и другие.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия вен, коррекция веса, консультация лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты, перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты, трансплантаты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лечение у психотерапевта.
- Генетические исследования.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.

ПРОГРАММА № 2
Добровольного медицинского страхования
«СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Стационарное лечение» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- стационарная помощь,

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.1.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.1.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.1.4. Консультативная помощь:

3.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,

- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.3 и п.4)

Консультативные приемы иммунолога (аллерголога), Доктора медицинских наук, профессора, проведение консилиума не более 1 раза в течение срока страхования.

3.1.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.5.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в год в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.5.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.1.5.3. Ультразвуковые исследования.

3.1.5.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.1.5.5. Эндоскопические исследования, видеоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.1.5.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.1.5.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования*, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследование липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования)

3.1.5.8. Подбор очков для коррекции зрения (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.1.6. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

3.1.7. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.

3.1.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.1.9. Физиотерапевтическое лечение (не более 5 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- классический лечебный массаж (не более 10 сеансов в течение срока страхования),
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества (не более 5 раз в течение срока страхования)

- 3.1.10. Прерывание беременности по медицинским показаниям.
- 3.1.11. Манипуляции по деструкции образований (не более 1 раза в течение срока страхования), химическая деструкция без стоимости препарата.
- 3.1.12. Флебэктомия при варикозной болезни III, IV стадии, кроссэктомия.
- 3.1.13. Введение лекарственных веществ в сустав, околоуставные пространства и мягкие ткани без стоимости лекарственных средств (не более 5 раз в течение срока страхования).
- 3.1.14. Манипуляции и операции у травматолога по поводу неотложных состояний, плановое наблюдение и лечение *.

3.3. КОМПЛЕКС ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ ПО ВЫБОРУ СТРАХОВАТЕЛЯ:

- дополнительное питание,
- размещение в одноместной палате повышенной комфортности,
- приобретение и доставка медицинских препаратов Застрахованному,
- оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр.

В случае выбора Страхователем комплекса дополнительных услуг при расчете тарифа применяется повышающий коэффициент 1,5.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов.
- Коррекция веса, консультации и лечение у диетолога.

▪ Расходы на лекарственные препараты**, перевязочный материал**, на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.

- Лечение у психотерапевта.
- Генетические исследования.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.
- Нейрохирургические операции.
- Гинекологический и урологический (андрологический) массаж.
- Лазеротерапия.
- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
- Пребывание в стационаре по уходу за больным.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «**», не оплачиваются только в рамках амбулаторно-поликлинической помощи.

ПРОГРАММА № 4
Добровольного медицинского страхования
«КОМПЛЕКСНАЯ СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Комплексная страховая ответственность» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь,

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза),
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.3 и п.4)

Консультативные приемы иммунолога (аллерголога), Доктора медицинских наук, профессора, проведение консилиума не более 1 раза в течение срока страхования.

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в год в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования.

3.1.2.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.1.2.5. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.1.2.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.1.2.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования*, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследование липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования)

3.1.2.8. Подбор очков для коррекции зрения (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 5 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- классический лечебный массаж (не более 10 сеансов в течение срока страхования),
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества (не более 5 раз в течение срока страхования)

3.1.4. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

3.1.5. Манипуляции по деструкции образований (не более 1 раза в течение срока страхования), химическая деструкция без стоимости препарата.

3.1.6. Флебэктомия при варикозной болезни III, IV стадии, кроссэктомия.

3.1.7. Введение лекарственных веществ в сустав, околоуставные пространства и мягкие ткани без стоимости лекарственных средств (не более 5 раз в течение срока страхования).

3.1.8. Манипуляции и операции у травматолога по поводу неотложных состояний, плановое наблюдение и лечение*.

3.1.9. Оказание помощи на дому Застрахованному, который по состоянию здоровья или характеру заболевания не может посетить лечебное учреждение, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача: осмотр врача-терапевта, купирование неотложных состояний.

Помощь на дому оказывается в режиме работы медицинских учреждений, включенных в программу ДМС, в пределах административной границы населенного пункта, только по адресу, указанному в списках Застрахованных, приложенных к договору.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.2.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.2.4. Консультативная помощь:

3.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.3 и п.4)

Консультативные приемы иммунолога (аллерголога), Доктора медицинских наук, профессора, проведение консилиума не более 1 раза в течение срока страхования.

3.2.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.5.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в год в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.5.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.2.5.3. Ультразвуковые исследования.

3.2.5.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.2.5.5. Эндоскопические исследования, видеоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.2.5.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.2.5.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования*, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследование липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования)

3.2.5.8. Подбор очков для коррекции зрения (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.2.6. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

3.2.7. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.

3.2.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.9. Физиотерапевтическое лечение (не более 5 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- классический лечебный массаж (не более 10 сеансов в течение срока страхования),
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества (не более 5 раз в течение срока страхования)

3.2.10. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

3.2.11. Манипуляции по деструкции образований (не более 1 раза в течение срока страхования), химическая деструкция без стоимости препарата.

3.2.12. Флебэктомия при варикозной болезни III, IV стадии, кроссэктомия.

3.2.13. Введение лекарственных веществ в сустав, околоуставные пространства и мягкие ткани без стоимости лекарственных средств (не более 5 раз в течение срока страхования).

3.2.14. Манипуляции и операции у травматолога по поводу неотложных состояний, плановое наблюдение и лечение*.

3.3. КОМПЛЕКС ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ ПО ВЫБОРУ СТРАХОВАТЕЛЯ:

3.3.1. В рамках амбулаторно-поликлинической помощи:

- внеочередность получения медицинских услуг,
- персональное оповещение о проведенных или планируемых лечебно-диагностических мероприятиях,
- приобретение и доставка медицинских препаратов Застрахованному,
- оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр.

3.3.2. В рамках стационарной помощи:

- дополнительное питание,
- размещение в одноместной палате повышенной комфортности,
- приобретение и доставка медицинских препаратов Застрахованному,
- оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр.

В случае выбора Страхователем комплекса дополнительных услуг при расчете тарифа применяется повышающий коэффициент 1,5.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.

- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
 - Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
 - Профессиональные заболевания.
 - Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
 - Сахарный диабет и его осложнения.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
 - Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
 - Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
 - Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
 - Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов.
 - Коррекция веса, консультации и лечение у диетолога.
 - Расходы на лекарственные препараты **, перевязочный материал **, на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
 - Лечение у психотерапевта.
 - Генетические исследования.
 - Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.
 - Нейрохирургические операции.
 - Гинекологический и урологический (андрологический) массаж.
 - Лазеротерапия.
 - Экстракорпоральные методы лечения.
 - Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
 - Пребывание в стационаре по уходу за больным.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «**», не оплачиваются только в рамках амбулаторно-поликлинической помощи.

ПРОГРАММА № 8
Добровольного медицинского страхования
«ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Педиатрическая помощь при комплексной страховой ответственности» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте до 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь,

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- педиатрия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,
- эндокринология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология (ортопедия),
- урология,
- хирургия,
- гинекология,
- физиотерапия,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- гематология,
- онкология (до установления диагноза),
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.3 и п.4)

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика:

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования, в том числе ангиографические исследования*.

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования.

3.1.2.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.1.2.5. Эндоскопические исследования.

3.1.2.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.1.2.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика на 5 инфекций, исследования гормонов щитовидной железы – до 2-х раз в год (сверх этого объема – по согласованию со Страховщиком).

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение:

- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия (не более, чем на 3 зоны по 10 сеансов каждая в течение срока страхования),
- классический лечебный массаж (не более 10 сеансов в течение срока страхования),
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм.
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества (не более 5 раз в течение срока страхования)

3.1.4. Проведение профилактических прививок отечественными вакцинами согласно утвержденному в РФ календарю.

3.1.5. Проведение туберкулиновых проб.

3.1.6. Оказание помощи на дому Застрахованному, который по состоянию здоровья или характеру заболевания не может посетить лечебное учреждение, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача: осмотр врача-педиатра, купирование неотложных состояний.

Помощь на дому оказывается в режиме работы медицинских учреждений, включенных в программу ДМС, в пределах административной границы населенного пункта, только по адресу, указанному в списках Застрахованных, приложенных к договору.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.2.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.2.4. Консультативная помощь:

3.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- педиатрия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,

- эндокринология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология (ортопедия),
- урология,
- хирургия,
- гинекология,
- физиотерапия,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- гематология,
- онкология (до установления диагноза),
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.3 и п.4)

3.2.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.5.1. Функциональная диагностика:

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.5.2. Рентгенологические исследования, в том числе ангиографические исследования*.

3.2.5.3. Ультразвуковые исследования.

3.2.5.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.2.5.4. Эндоскопические исследования.

3.2.5.5. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.2.5.6. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика на 5 инфекций, исследования гормонов щитовидной железы – до 2-х раз в год (сверх этого объема – по согласованию со Страховщиком).

3.2.6. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

3.2.7. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.

3.2.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.9. Физиотерапевтическое лечение:

- электролечение,
- светолечение,
- теплотечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия (не более, чем на 3 зоны по 10 сеансов каждая в течение срока страхования),
- классический лечебный массаж (не более 10 сеансов в течение срока страхования),
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм.
 - курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
 - лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества (не более 5 раз в течение срока страхования)

3.3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.3.1. Консультативная помощь:

3.2.1.1. Консультации и манипуляции врачей-специалистов.

3.3.2. Анестезия местная (апликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная).

- 3.3.3. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:
- 3.3.3.1. Рентгенологическая диагностика черепа, зубов.
 - 3.3.3.2. Ультразвуковые исследования.
 - 3.3.3.3. Клинические, биохимические и бактериологические исследования крови и др.
- 3.3.4. Физиотерапевтическое стоматологическое лечение.
- 3.3.5. Терапевтическая стоматология:
- 3.3.5.1. Лечение кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита)
 - 3.3.5.2. Пломбирование зубов (пломбирование разрушенной менее чем на 50% коронковой части зуба)
 - 3.3.5.3. Пломбирование корневых каналов зубов любыми материалами, исключая термофилы.
 - 3.3.5.4. Лечение воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта.
- 3.3.6. Снятие зубных отложений* – не более 1 раза в течение года с последующим покрытием зубов фторсодержащими препаратами без глубокого фторирования при гиперестезии.
- 3.3.7. Лечение острых состояний при заболеваниях пародонтита (не более 3-х сеансов консервативного лечения в течение года).
- 3.3.8. Неотложная хирургическая стоматология:
- 3.3.8.1. Удаление зубов (кроме удаления зубов по ортодонтическим и ортопедическим показаниям).
 - 3.3.8.2. Вскрытие абсцессов.
- 3.4. КОМПЛЕКС ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ ПО ВЫБОРУ СТРАХОВАТЕЛЯ:
- 3.4.1. В рамках амбулаторно-поликлинической помощи:
- внеочередность получения медицинских услуг,
 - персональное оповещение о проведенных или планируемых лечебно-диагностических мероприятиях,
 - приобретение и доставка медицинских препаратов Застрахованному,
 - вакцинация импортными вакцинами,
 - оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр.
- 3.4.2. В рамках стационарной помощи:
- дополнительное питание,
 - размещение в одноместной палате повышенной комфортности,
 - приобретение и доставка медицинских препаратов Застрахованному,
 - оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр.
- 3.4.3. В рамках стоматологической помощи:
- покрытие зубов лаком,
 - использование при лечении свето- и химиоотверждающих материалов, амальгамы серебряной,
 - пломбировка зубов ультразвуком,
 - плановый профилактический осмотр врача-стоматолога с выдачей рекомендаций по уходу за полостью рта и лечению выявленных заболеваний,
 - оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: массаж десен, иглорефлексотерапия и пр.

В случае выбора Страхователем комплекса дополнительных услуг при расчете тарифа применяется повышающий коэффициент 1,5.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.

- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
 - Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
 - Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
 - Сахарный диабет и его осложнения.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
 - Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
 - Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок.
 - Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
 - Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного. В стоматологии – косметическое восстановление зуба, замену старых пломб с косметической целью, отбеливание зубов, имплантация зубов, зубопротезирование, хирургическое и терапевтическое лечение, связанное с подготовкой к протезированию.
 - Коррекцию веса консультация и лечение у диетолога.
 - Расходы на лекарственные препараты**, перевязочный материал**, на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
 - Лечение у психотерапевта.
 - Генетические исследования.
 - Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.
 - Пребывание в стационаре по уходу за больным.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «**», не оплачиваются только в рамках амбулаторно-поликлинической помощи.

ПРОГРАММА № 13
Добровольного медицинского страхования
«РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С КОМПЛЕКСНОЙ СТРАХОВОЙ
ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Реабилитационно-восстановительное лечение с комплексной страховой ответственностью» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь,

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. Размещение в стандартной 2х-3х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.2. Консультативная помощь:

3.2.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые в условиях реабилитационно-восстановительных учреждений или отделений следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,

- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.3 и п.4)

3.3. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.3.1. Функциональная диагностика:

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.3.2. Рентгенологические исследования, в том числе ангиографические исследования*, маммография.*

3.3.3. Ультразвуковые исследования.

3.3.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*

3.3.5. Эндоскопические исследования.

3.3.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.3.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические* иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.4. Консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.5. Физиотерапевтическое лечение:

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- грязелечение,
- криотерапия,
- классический лечебный массаж (не более 10 сеансов в течение срока страхования),
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- галотерапия (по назначению лечащего врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения основного и сопутствующего заболевания в реабилитационном периоде),
- фитотерапия (по назначению лечащего врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения основного и сопутствующего заболевания в реабилитационном периоде),
- занятия ЛФК (по назначению лечащего врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения основного и сопутствующего заболевания в реабилитационном периоде).
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества (не более 5 раз в течение срока страхования)

3.6. Стоматологическое лечение, лечение парадонтита – один курс (не более 10 сеансов) в течение срока страхования, хирургическое лечение – по неотложным показаниям.

3.7. Комплекс дополнительных услуг, осуществляемых по выбору Страхователя:

- дополнительное питание,
- размещение в одноместной палате повышенной комфортности,
- оказание медицинских услуг, носящих профилактический характер: массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр.

В случае выбора Страхователем комплекса дополнительных услуг при расчете тарифа применяется повышающий коэффициент 1,5.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*» осуществляются только по согласованию со Страховщиком.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка и другие.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов, коррекция веса и лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты, перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лечение у психотерапевта.
- Генетические исследования.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.
- Нейрохирургические операции.
- Гинекологический и урологический (андрологический) массаж.
- Лазеротерапия.
- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия

**ПРОГРАММА
«ПОЛНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Полная медицинская страховая ответственность» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь, включая стационарзамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар, стационар на дому);
- реабилитационно-восстановительное лечение;
- стоматологическая помощь;
- медицинскую помощь на дому;
- лечение за рубежом.

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание, отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

- 3.1.1. Консультации врачей-специалистов (любых специальностей).
- 3.1.2. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний).
- 3.1.3. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).
- 3.1.4. Физиотерапевтическое лечение
- 3.1.5. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 3.1.6. Назначение и применение лекарственных препаратов.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ (Включая стационарзамещающие технологии - стационар одного дня, дневной стационар, стационар на дому):

- 3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, которое представляет угрозу для жизни и здоровья застрахованного.
- 3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.
- 3.2.3. Размещение больного при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате. По возможности размещение в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста).
- 3.2.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

- 3.2.5. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.
- 3.2.6. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.
- 3.2.7. Консультации врачей-специалистов
- 3.2.8. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний)
- 3.2.9. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).
- 3.2.10. Физиотерапевтическое лечение
- 3.2.11. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

3.3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 3.3.1. лабораторно-диагностические, инструментальные исследования, проводимые с целью определения эффективности лечения, полученного Застрахованным;
- 3.3.2. консультации и другие профессиональные услуги врача;
- 3.3.3. физиотерапия и бальнеолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне);
- 3.3.4. консервативное лечение в соответствии с принятыми стандартами;
- 3.3.5. размещение больного при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате. По возможности размещение в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста).

Медицинское обслуживание застрахованных реабилитационно-восстановительного характера осуществляется в условиях медицинских учреждений, предлагающих услуги по реабилитации и восстановительному лечению. Реабилитационно-восстановительное лечение проводится с целью устранения последствий перенесенных заболеваний, хирургических вмешательств, травм, а также при наличии хронических заболеваний, склонных к рецидивированию, с целью лечения и восстановления трудоспособности. Организация и оплата Страховщиком восстановительно-реабилитационного лечения производится на основании направления врача.

3.4. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

- 3.4.1. Консультации врачей-специалистов;
- 3.4.2. Инструментальные исследования (рентгенологическое исследование, радиовизиография, ортопантомография);
- 3.4.3. Физиотерапевтическое лечение;
- 3.4.4. Обезболивание местными анестетиками;
- 3.4.5. Услуги по терапевтической стоматологии;
- 3.4.6. Услуги по хирургической стоматологии;
- 3.4.7. Ортопедическое лечение.

3.5. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ:

- 3.5.1. первичный осмотр больного, снятие ЭКГ и другая необходимая экспресс-диагностика;
- 3.5.2. экстренные лечебные манипуляции: инъекции и вливания лекарственных препаратов, первичная обработка ран, перевязки, дача кислорода и т.п.

Медицинская помощь на дому оказывается Застрахованному, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить поликлинику, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача;

3.6 ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

- 3.6.1. организация заочных консультаций;
- 3.6.2. составление предварительной диагностической программы;
- 3.6.3. получение медицинской помощи в зарубежных медицинских клиниках и центрах по различным медицинским направлениям.

Страховщик организует и оплачивает оказание Застрахованному медицинской помощи и связанных с ней медицинских услуг в зарубежных медицинских клиниках и центрах. Оплата расходов на сопровождающих лиц осуществляется за счет средств Застрахованного (Страхователя).

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - ГРАНД»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Амбулаторное лечение – Гранд» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. Консультативная помощь:

3.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза),
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.4 и п.5).

3.1.2 Консультативные приемы доктора медицинских наук (не более 2х раз по каждой врачебной специальности в течение срока действия договора).

3.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.2. Рентгенологические исследования, в том числе ангиографические исследования*, маммография.

3.2.3. Ультразвуковые исследования.

3.2.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.2.5. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.2.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография* (не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.2.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования*, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследования липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования).

3.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия,
- классический лечебный массаж,
- иглорефлексотерапия,
- мануальная терапия,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества.

3.4. Проведение лечебных манипуляций и процедур врачом и средним медицинским персоналом, амбулаторных операций.

3.5. Оказание помощи на дому Застрахованному, который по состоянию здоровья или характеру заболевания не может посетить лечебное учреждение, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача: осмотр врача-терапевта, купирование неотложных состояний.

Помощь на дому оказывается в режиме работы медицинских учреждений, включенных в программу ДМС, в пределах административной границы населенного пункта, только по адресу, указанному в списках Застрахованных, приложенных к договору.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком. Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинского учреждения, на базе которого будет оказана данная услуга.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.

- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Заболевания, лечение которых требует трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.
- Травмы, полученные застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.
- Хронические формы кожных заболеваний, лечение чесотки и педикулеза.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия вен.
- Коррекция веса, консультация лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты и перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты и медицинские изделия, предназначенные для ухода за больными, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, материалы для остеосинтеза и другие медицинские приспособления, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лазеротерапия.
- Лечение у психотерапевта.
- Генетические исследования.
- Услуги дневного стационара.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, контактная коррекция.
- Нейрохирургические вмешательства, хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний; ортопедические вмешательства и процедуры; трансплантация органов и тканей (кроме переливания крови).

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - ГРАНД»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Стационарное лечение – Гранд» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- стационарная помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острые заболевания (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- 3.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.
- 3.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.
- 3.3. Размещение больного при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.4. Консультативная помощь:

3.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,

- офтальмология,
- дерматология,
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.4 и п.5).

3.4.2 Консультативные приемы доктора медицинских наук (не более 2х раз по каждой врачебной специальности в течение срока действия договора).

3.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.5.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.5.2. Рентгенологические исследования, в том числе ангиографические исследования*, маммография*.

3.5.3. Ультразвуковые исследования.

3.5.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*

3.5.5. Эндоскопические исследования, видеоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.5.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография* (не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.5.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические* иммунологические (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследование липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования).

3.6. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.7. Анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия, пребывание в отделении интенсивной терапии.

3.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.9. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия,
- классический лечебный массаж,
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм.
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*» осуществляются только по согласованию со Страховщиком. Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинского учреждения, на базе которого будет оказана данная услуга.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.

- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Заболевания, лечение которых требует трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.
- Травмы, полученные застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.
- Хронические формы кожных заболеваний, лечение чесотки и педикулеза.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия вен.
- Коррекция веса, консультация лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты и перевязочный материал в рамках амбулаторно-поликлинической помощи, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты и медицинские изделия, предназначенные для ухода за больными, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, материалы для остеосинтеза и другие медицинские приспособления, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лазеротерапия.
- Лечение у психотерапевта.
- Генетические исследования.
- Услуги дневного стационара.
- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, контактная коррекция.
- Нейрохирургические вмешательства, хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний; ортопедические вмешательства и процедуры; трансплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
- Пребывание в стационаре по уходу за больным.
- Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) в стационаре.
- Реабилитация в любых медицинских учреждениях¹; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

¹ Кроме реабилитации после травм в поликлиниках, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - ГРАНД»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Комплексное лечение – Гранд» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь.

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза),
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.4 и п.5).

3.1.1.2. Консультативные приемы доктора медицинских наук (не более 2х раз по каждой врачебной специальности в течение срока действия договора).

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования, ангиографические исследования*, маммография*.

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования.

3.1.2.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.1.2.5. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.1.2.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография* (не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.1.2.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования*, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследование липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования)

3.1.2.8. Подбор очков для коррекции зрения (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия,
- классический лечебный массаж,
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества.

3.1.4. Проведение лечебных манипуляций и процедур врачом и средним медицинским персоналом, амбулаторных операций.

3.1.5. Оказание помощи на дому Застрахованному, который по состоянию здоровья или характеру заболевания не может посетить лечебное учреждение, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача: осмотр врача-терапевта, купирование неотложных состояний.

Помощь на дому оказывается в режиме работы медицинских учреждений, включенных в программу ДМС, в пределах административной границы населенного пункта, только по адресу, указанному в списках Застрахованных, приложенных к договору.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.2.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.2.4. Консультативная помощь:

3.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- другие (кроме случаев, указанных как исключения в п.4 и п.5).

3.2.4.2. Консультативные приемы доктора медицинских наук (не более 2х раз по каждой врачебной специальности в течение срока действия договора).

3.2.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.5.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.5.2. Рентгенологические исследования, ангиографические исследования*, маммография*.

3.2.5.3. Ультразвуковые исследования.

3.2.5.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией*.

3.2.5.5. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.2.5.6. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография * (не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.2.5.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, иммунологические* (в том числе расширенный иммунный статус*), серологические, гормональные исследования*, гемостаз, онкомаркеры*, гистология, ПЦР-диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования), исследование липидного спектра (не более 2 раз в течение срока страхования)

3.2.6. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.2.7. Анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия, пребывание в отделении интенсивной терапии.

3.2.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.9. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплотечение, в том числе парафинолечение,

- магнитотерапия,
- классический лечебный массаж,
- иглорефлексотерапия*,
- мануальная терапия*,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов*, в том числе промывание миндалин*,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах без стоимости лекарственного вещества.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком. Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинского учреждения, на базе которого будет оказана данная услуга.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фибрирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Заболевания, лечение которых требует трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.
- Травмы, полученные застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.
- Хронические формы кожных заболеваний, лечение чесотки и педикулеза.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия вен.

- Коррекция веса, консультация лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты и перевязочный материал в рамках амбулаторно-поликлинической помощи, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты и медицинские изделия, предназначенные для ухода за больными, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, материалы для остеосинтеза и другие медицинские приспособления, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
 - Лазеротерапия.
 - Лечение у психотерапевта.
 - Генетические исследования.
 - Услуги дневного стационара.
 - Экстракорпоральные методы лечения.
 - Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
 - Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, контактная коррекция.
 - Нейрохирургические вмешательства, хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний; ортопедические вмешательства и процедуры; трансплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
 - Пребывание в стационаре по уходу за больным.
 - Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) в стационаре.
 - Реабилитация в любых медицинских учреждениях²; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

² Кроме реабилитации после травм в поликлиниках, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«БУДЬ ЗДОРОВ! - ГРАНД»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Будь здоров! – Гранд» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь;
- стоматологическая помощь.

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза),
- другие.

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика:

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования, ангиографические исследования, маммография.

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования.

3.1.2.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией.

3.1.2.5. Эндоскопические исследования.

3.1.2.6. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

3.1.2.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические, иммунологические (в том числе расширенный иммунный статус), серологические, гормональные исследования, гемостаз, онкомаркеры, гистология, ПЦР-диагностика, исследование липидного спектра.

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение:

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- классический лечебный массаж,
- иглорефлексотерапия,
- мануальная терапия,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов, в том числе промывание миндалин,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и их аналогах.

3.1.4. Проведение лечебных манипуляций и процедур врачом и средним медицинским персоналом, амбулаторных операций.

3.1.5. Услуги стационара одного дня.

3.1.6. Оказание помощи на дому Застрахованному, который по состоянию здоровья или характеру заболевания не может посетить лечебное учреждение, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача: осмотр врача-терапевта, купирование неотложных состояний.

Помощь на дому оказывается в режиме работы медицинских учреждений, включенных в программу ДМС, в пределах административной границы населенного пункта, только по адресу, указанному в списках Застрахованных, приложенных к договору.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.2.3. Размещение при госпитализации в 2-3х-4х местной палате.

3.2.4. Консультативная помощь:

3.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,

- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- другие (по согласованию со Страховщиком).

3.2.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.5.1. Функциональная диагностика:

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.5.2. Рентгенологические исследования, ангиографические исследования, маммография.

3.2.5.3. Ультразвуковые исследования.

3.2.5.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией.

3.2.5.5. Эндоскопические исследования.

3.2.5.6. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

3.2.5.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические, иммунологические (в том числе расширенный иммунный статус), серологические, гормональные исследования, гемостаз, онкомаркеры, гистология, ПЦР-диагностика, исследование липидного спектра.

3.2.6. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.2.7. Анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия, пребывание в отделении интенсивной терапии.

3.2.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.9. Физиотерапевтическое лечение:

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- классический лечебный массаж ,
- иглорефлексотерапия,
- мануальная терапия,
- занятия ЛФК по назначению врача в реабилитационном периоде тяжелых соматических заболеваний и травм,
- курсовое лечение ЛОР-органов, в том числе промывание миндалин,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и их аналогах.

3.3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.3.1. Консультации врачей–стоматологов (терапевта, хирурга, пародонтолога).

- 3.3.2. Анестезия местная (аппликационная, инфльтрационная, проводниковая, интралигаментарная).
- 3.3.3. Рентгеновизиография зубов.
- 3.3.4. Терапевтическая стоматология:
- 3.3.4.1. лечение кариеса, пульпита.
 - 3.3.4.2. оказание неотложной помощи при периодонтите.
 - 3.3.4.3. пломбирование каналов пастами, гуттаперчевыми штифтами, методом латеральной конденсации.
 - 3.3.4.4. пломбирование кариозных полостей композитами светового и химического отверждения.
 - 3.3.4.5. восстановление коронковой части зуба при условии разрушения не более 1/3 части зуба, без использования анкерных и стекловолоконных штифтов.
- 3.3.5. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.
- 3.3.6. Снятие зубных отложений, покрытие эмали зубов фторсодержащими лаками 1 раз в течение срока действия договора страхования.
- 3.3.7. Лечение острых состояний при заболевании тканей пародонта.
- 3.3.8. Хирургическая стоматология:
- 3.3.8.1. удаление зубов простое и сложное, наложение швов, с использованием препаратов для предотвращения развития альвеолита, остановка кровотечения.
 - 3.3.8.2. вскрытие абсцессов и инфильтратов.
 - 3.3.8.3. иссечение капишона при перекороните.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания, и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.
- Травмы, полученные застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.
- Хронические формы кожных заболеваний, лечение чесотки и педикулеза.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.

- Диагностику, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатия; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностику и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; услуги, связанные с телемедициной.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
 - Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
 - Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
 - В стоматологии: все виды протезирования, подготовка к протезированию, проведение профилактических мероприятий, в том числе замена пломб старого поколения на пломбы нового поколения по желанию клиента; использование термофилов и анкерных штифтов; глубокое фторирование; имплантация зубов, косметическая реконструкция и отбеливание зубов, ортодонтическое лечение, лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, эрозии), удаление ретинированных и дистопированных зубов, лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими конструкциями, условное лечение зубов (лечение без гарантии), перелечивание зубов (кроме обращений по острой боли).
 - Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия вен.
 - Коррекция веса, консультация лечение у диетолога.
 - Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты и медицинские изделия, предназначенные для ухода за больными, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, материалы для остеосинтеза и другие медицинские приспособления, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства, а так же расходы на подгонку корригирующих медицинских устройств и приспособлений.
 - Лечение у психотерапевта.
 - Генетические исследования.
 - Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, контактная коррекция.
 - Нейрохирургические вмешательства.
 - Пребывание в стационаре по уходу за больным.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - КЛАССИКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Амбулаторное лечение – Классика» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. Консультативная помощь и лечебные манипуляции:

3.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза)

3.1.2. Лечебные манипуляции врачей и среднего медицинского персонала в рамках амбулаторно-поликлинической помощи (без стоимости лекарственных средств).

3.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.2.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.2.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.2.5. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаз, онкомаркеры (не более 2х)*, гистология.

3.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплотечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком. Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинского учреждения, на базе которого будет оказана данная услуга.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Заболевания, лечение которых требует трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.
- Простудные и вирусные заболевания, а также их осложнения (в т.ч. ОРВИ, грипп, бронхит, гайморит, отит и т.д.).
- Грибковые заболевания кожи.
- Заболевания волос и ногтей.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностика, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатию; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностика и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; аппаратное лечение простатитов; услуги, связанные с телемедициной.
- Лабораторная диагностика: иммунологический профиль, гормональные исследования сверх указанного объема, исследования аллергостатуса с определением IgE и аллергонеспецифических АТ, ПЦР-диагностика, исследование липидного спектра, анализ на дисбактериоз, лабораторные исследования сверх указанного объема.
- Инструментальные методы исследования: остеоденситометрия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, капсульные и видеоэндоскопические исследования, трехмерное и четырехмерное УЗИ.
- Мануальная терапия, иглорефлексотерапия, все виды массажа, бальнеолечение, занятия ЛФК, тренажеры, солярий.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов.
- Иммунотерапия; профилактические и оздоровительные мероприятия (за исключением случаев, предусмотренных программой ДМС): иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;
- Коррекция веса, консультации и лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты, перевязочный материал, на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лечение у психотерапевта; диагностику и лечение расстройств сна, храпа; консультации и лечение у логопеда.
- Консультации у врачей-специалистов, имеющих степень кандидата и доктора медицинских наук в случае, когда данные консультативные приемы отдельно выделяются в прейскуранте медицинского учреждения.
- Генетические исследования.
- Лазеротерапия.
- Услуги дневного стационара.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, контактная коррекция.
- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
- Все комплексные программы с целью углубленного осмотра.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - КЛАССИКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Стационарное лечение – Классика» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- стационарная помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- 3.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.
- 3.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.
- 3.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.
Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.4. Консультативная помощь:

3.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,

- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,

3.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.5.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.5.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.5.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.5.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.5.5. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаз, онкомаркеры (не более 2х)*, гистология.

3.6. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.7. Анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия, пребывание в отделении интенсивной терапии.

3.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.9. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплотечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком. Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинского учреждения, на базе которого будет оказана данная услуга.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.

- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Заболевания, лечение которых требует трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.
- Простудные и вирусные заболевания, а также их осложнения (в т.ч. ОРВИ, грипп, бронхит, гайморит, отит и т.д.).
- Грибковые заболевания кожи.
- Заболевания волос и ногтей.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностика, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатию; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностика и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; аппаратное лечение простатитов; услуги, связанные с телемедициной.
- Лабораторная диагностика: иммунологический профиль, гормональные исследования сверх указанного объема, исследования аллергостатуса с определением IgE и аллергонеспецифических АТ, ПЦР-диагностика, исследование липидного спектра, анализ на дисбактериоз, лабораторные исследования сверх указанного объема.
- Инструментальные методы исследования: остеоденситометрия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, капсульные и видеоэндоскопические исследования, трехмерное и четырехмерное УЗИ.
- Мануальная терапия, иглорефлексотерапия, все виды массажа, бальнеолечение, занятия ЛФК, тренажеры, солярий.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов.
- Иммунотерапия; профилактические и оздоровительные мероприятия (за исключением случаев, предусмотренных программой ДМС): иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;
- Коррекция веса, консультации и лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты и перевязочный материал в рамках амбулаторной помощи, на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лечение у психотерапевта; диагностику и лечение расстройств сна, храпа; консультации и лечение у логопеда.
- Консультации у врачей-специалистов, имеющих степень кандидата и доктора медицинских наук в случае, когда данные консультативные приемы отдельно выделяются в прейскуранте медицинского учреждения.
- Услуги дневного стационара.
- Генетические исследования.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, контактная коррекция.
- Нейрохирургические вмешательства, хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний; ортопедические вмешательства и процедуры; трансплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
- Лазеротерапия.

- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
- Все комплексные программы с целью углубленного осмотра.
- Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) в стационаре.
- Пребывание в стационаре по уходу за больным.
- Реабилитация в любых медицинских учреждениях; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - КЛАССИКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Комплексное лечение – Классика» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь и лечебные манипуляции:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза),

3.1.1.2. Лечебные манипуляции врачей и среднего медицинского персонала в рамках амбулаторно-поликлинической помощи (без стоимости лекарственных средств)

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.1.2.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.1.2.5. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаз, онкомаркеры (не более 2х)*, гистология.

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплотечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.2.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.2.4. Консультативная помощь:

3.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология.

3.2.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.5.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в год в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),

- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.5.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.2.5.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.2.5.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.2.5.5. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаз, онкомаркеры (не более 2х)*, гистология.

3.2.6. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.2.7. Анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия, пребывание в отделении интенсивной терапии.

3.2.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.9. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия,

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком. Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинского учреждения, на базе которого будет оказана данная услуга.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Заболевания, лечение которых требует трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.

- Простудные и вирусные заболевания, а также их осложнения (в т.ч. ОРВИ, грипп, бронхит, гайморит, отит и т.д.).
- Грибковые заболевания кожи.
- Заболевания волос и ногтей.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностика, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатию; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностика и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; аппаратное лечение простатитов; услуги, связанные с телемедициной.
- Лабораторная диагностика: иммунологический профиль, гормональные исследования сверх указанного объема, исследования аллергостатуса с определением IgE и аллергонеспецифических АТ, ПЦР-диагностика, исследование липидного спектра, анализ на дисбактериоз, лабораторные исследования сверх указанного объема.
- Инструментальные методы исследования: остеоденситометрия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, капсульные и видеоэндоскопические исследования, трехмерное и четырехмерное УЗИ.
- Мануальная терапия, иглорефлексотерапия, все виды массажа, бальнеолечение, занятия ЛФК, тренажеры, солярий.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов.
- Иммунотерапия; профилактические и оздоровительные мероприятия (за исключением случаев, предусмотренных программой ДМС): иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;
- Коррекция веса, консультации и лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты и перевязочный материал в рамках амбулаторной помощи, на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лечение у психотерапевта; диагностику и лечение расстройств сна, храпа; консультации и лечение у логопеда.
- Консультации у врачей-специалистов, имеющих степень кандидата и доктора медицинских наук в случае, когда данные консультативные приемы отдельно выделяются в прейскуранте медицинского учреждения.
- Генетические исследования.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, контактная коррекция.
- Нейрохирургические вмешательства, хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний; ортопедические вмешательства и процедуры; трансплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
- Лазеротерапия.
- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
- Все комплексные программы с целью углубленного осмотра.
- Услуги дневного стационара.
- Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) в стационаре.
- Пребывание в стационаре по уходу за больным.
- Реабилитация в любых медицинских учреждениях³; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

³ Кроме реабилитации после травм в поликлиниках, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ - КЛАССИКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Стоматологическое лечение – Классика» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- стоматологическая помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.4).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1 острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- 3.1. Консультации врачей–стоматологов (терапевта, хирурга, пародонтолога).
- 3.2. Анестезия местная (апликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная).
- 3.3. Рентгеновизиография зубов.
- 3.4. Терапевтическая стоматология:
 - 3.4.1. лечение кариеса, пульпита.
 - 3.4.2. оказание неотложной помощи при периодонтите.
 - 3.4.3. пломбирование каналов пастами, гуттаперчивыми штифтами, методом латеральной конденсации.
 - 3.4.4. пломбирование кариозных полостей композитами светового и химического отверждения.
 - 3.4.5. восстановление коронковой части зуба при условии разрушения не более 1/3 части зуба, без использования анкерных и стекловолоконных штифтов.
- 3.5. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.
- 3.6. Снятие зубных отложений, покрытие эмали зубов фторсодержащими лаками 1 раз в течение срока действия договора страхования.
- 3.7. Лечение острых состояний при заболевании тканей пародонта (не более 3х сеансов консервативного лечения в течение срока действия договора).
- 3.8. Хирургическая стоматология:
 - 3.8.1. удаление зубов простое и сложное, наложение швов, с использованием препаратов для предотвращения развития альвеолита, остановка кровотечения.
 - 3.8.2. вскрытие абсцессов и инфильтратов.
 - 3.8.3. иссечение капишонона при перекороните.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- 4.1. Все виды протезирования, подготовка к протезированию.
- 4.2. Проведение профилактических мероприятий, в том числе замена пломб старого поколения на пломбы нового поколения по желанию клиента.
- 4.3. Использование термофилов и анкерных штифтов.
- 4.4. Глубокое фторирование.
- 4.5. Имплантация зубов.
- 4.6. Косметическая реконструкция и отбеливание зубов.
- 4.7. Ортодонтическое лечение.
- 4.8. Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, эрозии).
- 4.9. Удаление ретинированных и дистопированных зубов.
- 4.10. Лечебные манипуляции на зубах покрытых ортопедическими конструкциями.
- 4.11. Условное лечение зубов (лечение без гарантии).
- 4.12. Перелечивание зубов (кроме обращений по острой боли).

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«БУДЬ ЗДОРОВ! - КЛАССИКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Будь здоров! – Классика» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь;
- стоматологическая помощь.

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь и лечебные манипуляции:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза),

3.1.1.2. Лечебные манипуляции врачей и среднего медицинского персонала в рамках амбулаторно-поликлинической помощи (без стоимости лекарственных средств)

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.1.2.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования)

3.1.2.5. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаз, онкомаркеры (не более 2х)*, гистология.

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.2.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.

Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) оплачивается дополнительно за счет средств застрахованного.

3.2.4. Консультативная помощь:

2.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,

- офтальмология,
- дерматология,

3.2.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.5.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.5.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.2.5.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.2.5.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.2.5.5. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаз, онкомаркеры (не более 2х) *, гистология.

3.2.6. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.2.7. Анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия, пребывание в отделении интенсивной терапии.

3.2.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.9. Физиотерапевтическое лечение (не более 10 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплотечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия,

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком. Страховщик оставляет за собой право в выборе медицинского учреждения, на базе которого будет оказана данная услуга.

3.3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.3.1. Консультации врачей–стоматологов (терапевта, хирурга, пародонтолога).

3.3.2. Анестезия местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная).

3.3.3. Рентгеновизиография зубов.

3.3.4. Терапевтическая стоматология:

3.3.4.1. лечение кариеса, пульпита.

3.3.4.2. оказание неотложной помощи при периодонтите.

3.3.4.3. пломбирование каналов пастами, гуттаперчивыми штифтами, методом латеральной конденсации.

3.3.4.4. пломбирование кариозных полостей композитами светового и химического отверждения.

3.3.4.5. восстановление коронковой части зуба при условии разрушения не более 1/3 части зуба, без использования анкерных и стекловолоконных штифтов.

3.3.5. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.

3.3.6. Снятие зубных отложений, покрытие эмали зубов фторсодержащими лаками 1 раз в течение срока действия договора страхования.

3.3.7. Лечение острых состояний при заболевании тканей пародонта (не более 3х сеансов консервативного лечения в течение срока действия договора).

3.3.8. Хирургическая стоматология:

3.3.8.1. удаление зубов простое и сложное, наложение швов, с использованием препаратов для предотвращения развития альвеолита, остановка кровотечения.

3.3.8.2. вскрытие абсцессов и инфильтратов.

3.3.8.3. иссечение капюшона при перекороните.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.
- ВИЧ, в том числе СПИД.
- Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.
- Острая и хроническая лучевая болезнь.
- Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения.
- Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.
- Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.
- Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путем и генерализованные формы хламидиоза, герпеса, цитомегаловируса.
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.
- Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.
- Заболевания, лечение которых требует трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей.
- Профессиональные заболевания.
- Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.
- Сахарный диабет и его осложнения.
- Простудные и вирусные заболевания, а также их осложнения (в т.ч. ОРВИ, грипп, бронхит, гайморит, отит и т.д.).
- Грибковые заболевания кожи.
- Заболевания волос и ногтей.
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностика, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатию; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностика и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; аппаратное лечение простатитов; услуги, связанные с телемедициной.
- Лабораторная диагностика: иммунологический профиль, гормональные исследования сверх указанного объема, исследования аллергостатуса с определением IgE и аллергонеспецифических АТ, ПЦР-диагностика, исследование липидного спектра, анализ на дисбактериоз, лабораторные исследования сверх указанного объема.
- Инструментальные методы исследования: остеоденситометрия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, капсульные и видеоэндоскопические исследования, трехмерное и четырехмерное УЗИ.
- Мануальная терапия, иглорефлексотерапия, все виды массажа, бальнеолечение, занятия ЛФК, тренажеры, солярий.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.

- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- В стоматологии: все виды протезирования, подготовка к протезированию, проведение профилактических мероприятий, в том числе замена пломб старого поколения на пломбы нового поколения по желанию клиента; использование термофилов и анкерных штифтов; глубокое фторирование; имплантация зубов, косметическая реконструкция и отбеливание зубов, ортодонтическое лечение, лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, эрозии), удаление ретинированных и дистопированных зубов, лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими конструкциями, условное лечение зубов (лечение без гарантии), перелечивание зубов (кроме обращений по острой боли).
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов.
- Иммунотерапия; профилактические и оздоровительные мероприятия (за исключением случаев, предусмотренных программой ДМС): иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;
- Коррекция веса, консультации и лечение у диетолога.
- Расходы на лекарственные препараты и перевязочный материал в рамках амбулаторной помощи, на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантанты, трансплантанты, протезы, эндопротезы, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- Лечение у психотерапевта; диагностику и лечение расстройств сна, храпа; консультации и лечение у логопеда.
- Консультации у врачей-специалистов, имеющих степень кандидата и доктора медицинских наук в случае, когда данные консультативные приемы отдельно выделяются в прейскуранте медицинского учреждения.
- Генетические исследования.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.
- Нейрохирургические вмешательства, хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний; ортопедические вмешательства и процедуры; трансплантация органов и тканей (кроме переливания крови).
- Лазеротерапия.
- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
- Все комплексные программы с целью углубленного осмотра.
- Услуги дневного стационара.
- Пребывание в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) в стационаре.
- Пребывание в стационаре по уходу за больным.
- Реабилитация в любых медицинских учреждениях⁴; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

⁴ Кроме реабилитации после травм в поликлиниках, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ – КЛАССИКА ПЛЮС»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Комплексное лечение – Классика плюс» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, при которых медицинские услуги не оказываются (п.4);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица (за исключением указанных в п.4), требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

3.1.1. Консультативная помощь и лечебные манипуляции:

3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза)

3.1.1.2. Лечебные манипуляции врачей и среднего медицинского персонала в рамках амбулаторно-поликлинической помощи (без стоимости лекарственных средств).

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.1.2.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.1.2.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.1.2.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.1.2.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.1.2.5. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.1.2.6. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаз, онкомаркеры (не более 2х)*, гистология.

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение (не более 5 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплолечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия.

3.1.4. Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (перевязочным материалом, средствами по уходу за больными, предметами коррекции зрения, слуха и т.п.), необходимыми Застрахованному лицу для лечения, назначенного врачом медицинского учреждения, предусмотренного договором страхования.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.

3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

3.2.3. Консультативная помощь:

2.2.3.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,

- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- другие (по согласованию с страховщиком).

3.2.4. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

3.2.4.1. Функциональная диагностика (не более 1 раза в течение срока страхования за исключением ЭКГ):

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,
- электромиография,
- реовазография.

3.2.4.2. Рентгенологические исследования (без стоимости контрастного вещества), ангиографические исследования*, маммография*.

3.2.4.3. Ультразвуковые исследования (по медицинским показаниям, не более одного раза в течение действия срока страхования для каждой из нозологий).

3.2.4.4. Эндоскопические исследования, видеоэндоскопические исследования (не более 1 раза в течение срока страхования).

3.2.4.5. Компьютерная томография*, магнитно-резонансная томография*.

3.2.4.6. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические*, серологические, исследование гормонов щитовидной железы, гемостаза, онкомаркеры (не более 2х)*, гистология.

3.2.5. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

3.2.6. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.

3.2.7. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.8. Физиотерапевтическое лечение (не более 5 сеансов в течение срока страхования):

- водолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне),
- электролечение,
- светолечение,
- теплотечение, в том числе парафинолечение,
- магнитотерапия.

ВАЖНО! Медицинские услуги, отмеченные знаком «*», осуществляются только по согласованию со Страховщиком.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

▪ Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения) и их осложнения.

▪ ВИЧ, в том числе СПИД.

▪ Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка, и другие.

▪ Острая и хроническая лучевая болезнь.

▪ Психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения.

▪ Эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы.

▪ Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.

▪ Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит.

▪ Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.

▪ Болезни, передаваемые преимущественно половым путем.

▪ Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения.

▪ Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), системная красная волчанка.

▪ Профессиональные заболевания.

▪ Острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е.

- Сахарный диабет и его осложнения.
- Простудные и вирусные заболевания, а также их осложнения (в т.ч. ОРВИ, грипп, бронхит, гайморит, отит и т.д.).
- Грибковые заболевания кожи.
- Заболевания волос и ногтей.

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ ОКАЗАНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Любые медицинские услуги, не предписанные врачом.
- Диагностика, лечение и оздоровление методами народной медицины: озono-, гирудо-, фито-, апитерапия; гомеопатию; термо-, электро-, акупунктурная, пульсовая, аурикуло- и иридодиагностика; диагностика и лечение по методу Фолля; энергоинформатика; аппаратное лечение простатитов; услуги, связанные с телемедициной.
- Лабораторная диагностика: иммунологический профиль, гормональные исследования сверх указанного объема, исследования аллергостатуса с определением IgE и аллергонеспецифических АТ, исследование липидного спектра, анализ на дисбактериоз, лабораторные исследования сверх указанного объема.
- Инструментальные методы исследования: остеоденситометрия, капсульные и видеоэндоскопические исследования, трехмерное и четырехмерное УЗИ.
- Мануальная терапия, иглорефлексотерапия, все виды массажа, бальнеолечение, занятия ЛФК, тренажеры, солярий.
- Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, услуги по планированию семьи.
- Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна и прочие.
- Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью при сроках свыше 8 недель, дородовым наблюдением, лечением в отделении беременности, родовспоможение.
- Диагностические исследования, лечение, процедуры и пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, а также удаление доброкачественных новообразований по косметическим показаниям или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, а так же склеротерапия сосудов.
- Иммунотерапия; профилактические и оздоровительные мероприятия (за исключением случаев, предусмотренных программой ДМС): иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;
- Коррекция веса, консультации и лечение у диетолога.
- Лечение у психотерапевта; диагностику и лечение расстройств сна, храпа; консультации и лечение у логопеда.
- Генетические исследования.
- Хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии.
- Нейрохирургические операции.
- Гинекологический и урологический (андрологический) массаж.
- Лазеротерапия.
- Экстракорпоральные методы лечения.
- Химио-, гормоно-, ультразвуковая и рентгенотерапия.
- Организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста) в стационаре.
- Пребывание в стационаре по уходу за больным.
- Реабилитация в любых медицинских учреждениях⁵; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

⁵ Кроме реабилитации после травм в поликлиниках, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Неотложная помощь» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2.

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- порядок предоставления медицинских услуг (п.4).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание, отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

- Консультативная медицинская помощь по телефону.
- Консультативная медицинская помощь с выездом к больному с использованием санитарного авто- и авиатранспорта.
- Медицинское сопровождение и транспортировка в стационар в случае необходимости госпитализации Застрахованного лица санитарным авто- и авиатранспортом.

4. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 4.1. СМК «УГМК-Медицина» оформляет и выдает Застрахованному полис добровольного медицинского страхования, который является именным документом и не может быть передан другому лицу.
- 4.2. Медицинские учреждения, включенные в программу страхования, получают сведения о Застрахованных.
- 4.3. Вызов санитарного авто- и авиатранспорта осуществляется в пределах административных границ Свердловской области. Вызов в другие территории не гарантирован и подлежит согласованию со страховщиком.
- 4.4. В случае необоснованного вызова (ложный вызов, отсутствие Застрахованного на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному в состоянии алкогольного или наркотического опьянения), Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком.
- 4.5. Если Застрахованный не удовлетворен качеством оказанной ему медицинской помощи, то он может обратиться с претензией в отдел ДМС СМК «УГМК-Медицина».
- 4.6. Услуги, не входящие в страховую программу, могут быть получены Застрахованным за счет его личных средств.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«ПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Профильный стационар» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе ООО СМК «УГМК-Медицина» гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и Базовой программы ОМС в условиях многопрофильного стационара в случаях лечения состояний, возникших в результате оперативного вмешательства (непосредственно во время операции или в послеоперационном периоде) в ЕМЦ «УГМК-Здоровье», требующих перевода в иную медицинскую организацию, если необходимость перевода определяется медицинскими показаниями при условии наличия действующего на момент оказания медицинских услуг полиса ОМС.

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень медицинских услуг, которые не оплачиваются по настоящей программе (п.4).
- порядок предоставления медицинских услуг (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. состояния Застрахованного лица, возникших в результате оперативного вмешательства (непосредственно во время операции или в послеоперационном периоде) в ЕМЦ «УГМК-Здоровье», требующих перевода в иную медицинскую организацию, если необходимость перевода определяется медицинскими показаниями.

3. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

В рамках программы предоставляется комплекс медицинских услуг по лечению и пребыванию в условиях стационара сверх стандартов оказания бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий, который включает в себя:

- внеочередную (внеплановую) госпитализацию в отделение соответствующего профиля;
- консультативные приемы сотрудников УГМУ, профессоров, заведующих кафедр, оперативные вмешательства непосредственно заведующими отделений или ведущими сотрудниками УГМУ.

При необходимости обеспечение пациента:

- лекарственными препаратами, не включенными в перечень ЖНВЛП;
- индивидуальным постом медицинского наблюдения на основании решения консилиума.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ:

- 4.1. медицинские услуги, определенные медико-экономическим стандартом по заболеванию, послужившему причиной госпитализации (перевода из стационара ЕМЦ «УГМК-Здоровье» в профильное отделение другого стационара);
- 4.2. пребывание в палатах повышенной комфортности.
- 4.3. реабилитацию, восстановительное лечение после купирования состояния, послужившего причиной перевода в профильное отделение.

5. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 5.1. Госпитализация (перевод в профильный стационар) осуществляется после предварительного согласования с уполномоченным лицом Исполнителя целей и возможностей направления Застрахованного для получения медицинских услуг в стационарных условиях.
- 5.2. По результатам согласования СМК «УГМК-Медицина» высылает в медицинское учреждение направление установленного образца.
- 5.3. На момент поступления в профильный стационар, Застрахованный должен иметь документ, удостоверяющий личность, полис ОМС.
- 5.4. Медицинская организация во время госпитализации пациента информирует СМК "УГМК-Медицина" о ходе его лечения.

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования
«КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЛОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Комплексная медицинская помощь при сложных заболеваниях» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- размер страховой суммы и страховой премии на 1 застрахованное лицо по настоящей программе (п.3);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.4);

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

2.1. одно или несколько перечисленных ниже состояний и заболеваний, возникших в период действия договора страхования, при условии, что ожидание необходимой медицинской помощи по программам государственных гарантий превышает установленные сроки или не оказывается за счет средств ОМС или средств бюджетов всех уровней:

- неотложные состояния, угрожающие жизни, требующие применения трансплантации органов, тканей;
- впервые выявленные в период действия настоящего договора заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов;
- впервые выявленные в период действия настоящего договора заболевания, требующие проведения кардиохирургических операций;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, впервые требующие проведения гемодиализа, перитонеального диализа;
- травмы позвоночника, полученные в период действия договора, требующие проведения оперативного лечения (за исключением патологических переломов позвоночника);
- черепно-мозговые травмы, полученные в период действия договора, требующие оперативного лечения;
- впервые выявленные в период действия настоящего договора доброкачественные образования внутричерепной локализации, требующие оперативного лечения.

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

Наименование программы	Страховая сумма на 1 застрахованное лицо, руб.	Страховая премия на 1 застрахованное лицо, руб.
Комплексная медицинская помощь при сложных заболеваниях	70 000	6 050

4. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

4.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь» включает:

4.1.1. Консультации врачей специалистов

4.1.2. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний)

4.1.3. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).

4.1.4. Физиотерапевтическое лечение

4.1.5. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

4.2. «Стационарная помощь» включает:

4.2.1. Экстренную госпитализацию, осуществляемую при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, которое представляет угрозу для жизни и здоровья застрахованного.

4.2.2. Плановую госпитализацию, осуществляемую по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.

4.2.3. Размещение больного при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.

4.2.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

4.2.5. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.

4.2.6. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

4.2.7. Консультации врачей специалистов

4.2.8. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний)

4.2.9. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).

4.2.10. Физиотерапевтическое лечение

4.2.11. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«КОМПЛЕКСНАЯ СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ – ЛАЙТ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа «Комплексная страховая ответственность – Лайт» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень заболеваний, обращения по поводу которых не являются страховыми случаями по настоящей программе и оплате Страховщиком не подлежат (п.4);

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острые заболевания (за исключением указанных в п.4), отравления (кроме алкогольного и наркотического), травмы, ожоги, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.4), возникших у Застрахованного лица в период действия договора.

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:**3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:****3.1.1. Консультативная помощь:****3.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей по следующим специальностям:**

- терапия,
- кардиология,
- ревматология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- колопроктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- аллергология и иммунология,
- стоматология (по согласованию со страховщиком в случаях, когда манипуляции врача-стоматолога необходимы в комплексной терапии заболеваний органов пищеварения)

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования в соответствии с назначением врачей-специалистов (указанных в п. 3.1.1.1) в условиях медицинских организаций, перечисленных в п.4, в том числе:**3.1.2.1. Функциональная диагностика:**

- электрокардиография (ЭКГ),
- фонокардиография,
- велоэргометрия,
- холтеровское мониторирование ЭКГ,
- суточное мониторирование артериального давления,
- исследование функции внешнего дыхания,
- электроэнцефалография,

- электромиография,
 - реовазография.
- 3.1.2.2. Рентгенологические исследования , ангиографические исследования, маммография.
- 3.1.2.3. Ультразвуковые исследования.
- 3.1.2.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией.
- 3.1.2.5. Эндоскопические исследования.
- 3.1.2.6. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.
- 3.1.2.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические, иммунологические, и др. по медицинским показаниям.
- 3.1.3. Физиотерапевтическое лечение:
- электролечение,
 - светолечение,
 - магнито- и лазеротерапия,
 - классический лечебный массаж,
 - курсовое лечение ЛОР-органов, в том числе промывание миндалин,
 - лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах;
- 3.1.4. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала, в том числе специальные процедуры и манипуляции, направленные на решение проблем репродуктивной сферы человека
- 3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:
- 3.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, влекущем угрозу для жизни.
- 3.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.
- 3.2.3. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.
- 3.2.4. Консультативная помощь:
- 3.2.4.1. Консультации и манипуляции медицинского персонала, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля:
- терапия,
 - кардиология,
 - ревматология,
 - гастроэнтерология,
 - пульмонология,
 - эндокринология,
 - нефрология,
 - неврология,
 - инфекционные болезни,
 - травматология,
 - урология,
 - хирургия,
 - колопроктология,
 - гинекология,
 - отоларингология,
 - офтальмология,
 - аллергология и иммунология,
- 3.2.5. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования в соответствии с назначением врачей-специалистов (указанных в п. 2.2.4.1) в условиях медицинских организаций, перечисленных в п.4, в том числе:
- 3.2.5.1. Функциональная диагностика:
- электрокардиография (ЭКГ),
 - фонокардиография,
 - велоэргометрия,
 - холтеровское мониторирование ЭКГ,
 - суточное мониторирование артериального давления,
 - исследование функции внешнего дыхания,
 - электроэнцефалография,
 - электромиография,
 - реовазография.
- 3.2.5.2. Рентгенологические исследования , ангиографические исследования, маммография.
- 3.2.5.3. Ультразвуковые исследования.
- 3.2.5.4. Исследования и манипуляции под УЗ-навигацией.
- 3.2.5.5. Эндоскопические исследования.
- 3.2.5.6. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

3.2.5.7. Общеклинические, биохимические, бактериологические, микробиологические, иммунологические, и др. по медицинским показаниям.

3.2.6. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

3.2.7. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.

3.2.8. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.

3.2.9. Физиотерапевтическое лечение:

- электролечение,
- светолечение,
- магнито- и лазеротерапия,
- классический лечебный массаж,
- курсовое лечение ЛОР-органов, в том числе промывание миндалин,
- лечение на аппаратах ТОНЗИЛОР, КАВИТАР и аналогах;

3.2.10. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала, в том числе специальные процедуры и манипуляции, направленные на решение проблем репродуктивной сферы человека.

3.2.11. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала, в том числе стоматологические (лечение кариеса, пульпита) в составе комплексной терапии заболеваний органов пищеварения.

4. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека;
- особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина;
- лучевая болезнь;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения; детский церебральный паралич;
- эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы;
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит;
- острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е;
- злокачественные новообразования и гемобластозы, впервые выявленные в период действия настоящего договора или в фазе обострения после стойкой ремиссии в течение 5 лет и более;
- неотложные состояния, угрожающие жизни, требующие применения трансплантации органов, тканей;
- впервые выявленные в период действия настоящего договора заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов;
- впервые выявленные в период действия настоящего договора заболевания, требующие проведения кардиохирургических операций;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, впервые требующие проведения гемодиализа, перитонеального диализа;
- травмы позвоночника, полученные в период действия договора, требующие проведения оперативного лечения (за исключением патологических переломов позвоночника);
- черепно-мозговые травмы, полученные в период действия договора, требующие оперативного лечения;
- впервые выявленные в период действия настоящего договора доброкачественные образования внутричерепной локализации, требующие оперативного лечения.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ – КЛАССИКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа «Педиатрическая помощь – Классика» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 0 до 18 лет от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- размер страховой суммы и страховой премии на 1 застрахованное лицо по настоящей программе (п.3);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.4);
- перечень заболеваний, обращения по поводу которых не являются страховыми случаями по настоящей программе и оплате Страховщиком не подлежат (п.5);

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением указанных в п.5), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.5), возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний (за исключением указанных в п.5), возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

3. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

Наименование программы	Страховая сумма на 1 застрахованное лицо, руб.	Страховая премия на 1 застрахованное лицо, руб.
Педиатрическая помощь – Классика	7 105	355

4. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:**4.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:****4.1.1. Консультативная помощь:**

4.1.1.1. Первичные, повторные консультативные приемы врачей (включая консультативные приемы врачей, имеющих степень кандидата медицинских наук) по следующим специальностям:

- педиатрия,
- неонатология,
- неврология,
- эндокринология,
- гастроэнтерология,
- инфекционные болезни,
- иммунология,
- пульмонология,

- офтальмология,
- хирургия,
- урология,
- отоларингология,
- гинекология,
- психология,
- логопедия,
- гематология

4.1.2. Диагностические исследования в соответствии с назначением врачей-специалистов (указанных в п. 2.1.1.1) в условиях медицинских организаций, перечисленных в п.4, в том числе:

- 4.1.2.1. функциональная диагностика;
- 4.1.2.2. ультразвуковые исследования;
- 4.1.2.3. исследования и манипуляции под УЗ-навигацией;
- 4.1.2.4. эндоскопические исследования;
- 4.1.2.5. рентгенологические исследования, исследования на КТ, МРТ, радиоизотопные)
- 4.1.2.6. общеклинические, биохимические, бактериологические, микроскопические, иммунологические (в том числе расширенный иммунный статус), серологические, гормональные исследования, гемостаз, онкомаркеры, гистология, аллергологические, ПЦР-диагностика, исследования гормонов щитовидной железы, цитологические, клинико-морфологические и др.

4.1.3. Физиотерапевтическое лечение (электро-, свето-, тепло-, водолечение, магнито-, лазеро- (кроме ЛОК), ультразвуковая терапия, ингаляции; ЛФК, классический лечебный массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, грязелечение; лечение токами и полями);

4.1.4. Лечебные амбулаторные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала в условиях поликлиники, включая амбулаторные операции;

4.1.5. Специальные процедуры и манипуляции, направленные на решение проблем репродуктивной сферы человека

4.1.6. Проведение профилактических прививок, включая стоимость вакцины.

4.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ:

4.2.1. пребывание в стационаре (питание, уход медицинского персонала, медикаментозное обеспечение, предоставляемое стационаром) по возможности в палатах повышенной комфортности;

4.2.2. оказание медицинской помощи и консультации врачей-специалистов (по специальностям: терапия, педиатрия, кардиология, неврология, ревматология, гастроэнтерология, нефрология, эндокринология, анестезиология и реаниматология, гинекология, урология, хирургия, колопроктология, отоларингология, травматология и ортопедия);

4.2.3. лабораторные и инструментальные диагностические исследования;

4.2.4. лечебные процедуры, в т.ч. физиотерапевтические;

4.2.5. специальные процедуры и манипуляции, направленные на решение проблем репродуктивной сферы человека;

4.2.6. медикаментозное лечение, предоставляемое медицинским учреждением;

4.2.7. анестезиологические пособия;

4.2.8. оперативные вмешательства;

4.2.9. реанимационные мероприятия;

4.2.10. уход медицинского персонала;

4.2.11. медицинское сопровождение

5. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека;
- особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка) в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина;
- лучевая болезнь;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения; детский церебральный паралич;
- эпилепсия, демиелинизирующие болезни центральной нервной системы;
- туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит;
- острые и хронические гепатиты, кроме острого вирусного гепатита А и гепатита Е;

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«НЕОТЛОЖНАЯ СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Неотложная страховая ответственность» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет, не имеющим гражданства РФ и не имеющим права на ОМС на территории Российской Федерации, от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная медицинская помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора (полиса) добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень исключений из страхового покрытия (п.4);
- порядок обращения за получением услуг (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением перечисленных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;
- 2.2. обострение хронического заболевания (за исключением перечисленных в п.4), возникшее в период действия договора, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;
- 2.3. смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования на территории Российской Федерации, повлекшая необходимость репатриации останков Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

2. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара):

3.1.1. Консультации врачей-специалистов по следующим специальностям (не более трех любых консультаций в период действия договора страхования):

- терапия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза).

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (не более двух любых исследований в период действия договора страхования):

- 3.1.2.1. электрокардиография (ЭКГ),
- 3.1.2.2. рентгенологические исследования,
- 3.1.2.3. ультразвуковые исследования,
- 3.1.2.4. эндоскопические исследования,
- 3.1.2.5. компьютерная томография, магнитно-резонансная томография,
- 3.1.2.6. общеклинические, биохимические, бактериологические исследования.

3.1.3. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ в стационарных условиях и условиях дневного стационара (не более 1 госпитализации в период действия договора страхования):

3.2.1. Консультации врачей-специалистов по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза).

3.2.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

- 3.2.2.1. электрокардиография (ЭКГ),
- 3.2.2.2. рентгенологические исследования,
- 3.2.2.3. ультразвуковые исследования,
- 3.2.2.4. эндоскопические исследования,
- 3.2.2.5. компьютерная томография, магнитно-резонансная томография,
- 3.2.2.6. общеклинические, биохимические, бактериологические исследования.

3.2.3. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

3.2.4. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.2.5. Анестезиологические пособия, назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов*.

* Оплате подлежат лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, входящие в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный действующим законодательством РФ.

3.3. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ ПО ПОСМЕРТНОЙ РЕПАТРИАЦИИ (ТРАНСПОРТИРОВКЕ) ОСТАНКОВ до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо:

- 3.3.1. кремация на территории Российской Федерации;
- 3.3.2. вскрытие тела,
- 3.3.3. международная перевозка

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ:**4.1. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:**

- 4.1.1. заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция и ее осложнения;
- 4.1.2. алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
- 4.1.3. туберкулез;
- 4.1.4. психические расстройства,
- 4.1.5. травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с психическими нарушениями и(или) в состоянии алкогольного опьянения;

4.2. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ :

- 4.2.1. услуги паллиативной медицинской помощи;
- 4.2.2. услуги, необходимые Застрахованному лицу в плановой форме, т.е. при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью;
- 4.2.3. консультации врачей-специалистов, имеющих ученые степени кандидата и доктора медицинских наук;
- 4.2.4. услуги физиотерапевтического лечения;
- 4.2.5. компьютерную и магнитно-резонансную томографию;
- 4.2.6. расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов-стентов, сосудистых протезов, кава-фильтров и др., а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 4.2.7. расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения при оказании первичной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара);
- 4.2.8. расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения при оказании специализированной медицинской помощи (в стационарных условиях и условиях дневного стационара), не входящие в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный действующим законодательством РФ.
- 4.2.9. услуги, связанные с протеканием беременности (в т.ч. прерыванием), родовспоможение;
- 4.2.10. стоматологические услуги;
- 4.2.11. расходы на пребывание в палатах повышенной комфортности при оказании специализированной медицинской помощи (в стационарных условиях и условиях дневного стационара);
- 4.2.12. ритуальные услуги.

5. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ УСЛУГ:**5.1. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ:**

- 5.1.1. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность;
- 5.1.2. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в медицинской организации по выбору Страховщика в режиме работы медицинской организации;
- 5.1.3. при необходимости в первичной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара) Застрахованное лицо обращается в медицинский центр «МИРА». Доверенный врач МЦ «МИРА» по согласованию со Страховщиком осуществляет направление Застрахованного лица на консультации специалистов и диагностические исследования на условиях программы страхования;
- 5.1.4. при необходимости в специализированной медицинской помощи (в условиях дневного и круглосуточного стационара) Застрахованное лицо обращается в медицинский центр «МИРА». Доверенный врач МЦ «МИРА» по согласованию со Страховщиком осуществляет направление Застрахованного лица на госпитализацию на условиях программы страхования. В исключительных случаях Застрахованное лицо (при невозможности личного обращения по состоянию здоровья) может обратиться в МЦ «МИРА» через свое доверенное лицо с предоставлением необходимых медицинских документов для принятия решения о необходимости госпитализации. Перечень необходимых документов определяет врач МЦ «МИРА».

- 5.2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА УСЛУГАМИ ПО ПОСМЕРТНОЙ РЕПАТРИАЦИИ (ТРАНСПОРТИРОВКЕ) ОСТАНКОВ до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо:
- 5.2.1. право на получение возмещения понесенных затрат по посмертной репатриации останков до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо, имеют члены семьи и ближайшие родственники (родители, супруги, дети, братья-сестры, бабушки и дедушки) Застрахованного.
- 5.2.2. выплата страхового возмещения на покрытие затрат по посмертной репатриации осуществляется лицам, имеющим на это право в соответствии с п.5.2.1., при наличии следующих документов:
- заявление на страховое возмещение в адрес Страховщика;
 - документы, подтверждающие близкое родство с Застрахованным лицом (с официальным заверенным переводом на русский язык);
 - документы, подтверждающие место постоянного проживания Застрахованного лица (с официальным заверенным переводом на русский язык);
 - свидетельство о смерти Застрахованного лица;
 - полис ДМС Застрахованного лица;
 - платежные документы (договоры, кассовые и/или товарные чеки, иные документы), подтверждающие фактический размер, перечень и назначение понесенных затрат;
 - реквизиты лицевого счета Заявителя в любом банке на территории Российской Федерации;
 - иные документы по требованию Страховщика.
- 5.2.3. заявление на страховое возмещение принимается не позднее 60 дней с даты смерти Застрахованного лица;
- 5.2.4. выплата страхового возмещения производится в пределах страховой суммы, указанной в полисе;
- 5.2.5. выплата страхового возмещения производится в течение 7-ми рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, перечисленных в п. 5.2.2., посредством безналичного расчета путем перечисления средств на лицевой счет заявителя (в любом банке Российской Федерации). При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховом возмещении на дополнительный срок до 30 календарных дней.
- 5.2.6. отсутствие какого-либо документа из п. 5.2.2., а также лицевого счета в банке на территории РФ является основанием к отказу в выплате страхового возмещения.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«НЕОТЛОЖНАЯ СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ - ПЛЮС»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Неотложная страховая ответственность-Плюс» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет, не имеющим гражданства РФ и не имеющим права на ОМС на территории Российской Федерации, от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная медицинская помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора (полиса) добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень исключений из страхового покрытия (п.4);
- порядок обращения за получением услуг (п.5);
- список медицинских организаций (п.6).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением перечисленных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;
- 2.2. обострение хронического заболевания (за исключением перечисленных в п.4), возникшее в период действия договора, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;
- 2.3. смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования на территории Российской Федерации, повлекшая необходимость репатриации останков Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

3. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара):

3.1.1. Консультации врачей-специалистов по следующим специальностям (не более двух любых консультаций в период действия договора страхования):

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| ▪ терапия, | ▪ урология, |
| ▪ кардиология, | ▪ хирургия, |
| ▪ гастроэнтерология, | ▪ проктология, |
| ▪ пульмонология, | ▪ гинекология, |
| ▪ эндокринология, | ▪ отоларингология, |
| ▪ нефрология, | ▪ офтальмология, |
| ▪ неврология, | ▪ дерматология, |
| ▪ инфекционные болезни, | ▪ онкология (до |
| ▪ травматология, | установления |
| | диагноза). |

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (не более одного любого исследования из нижеперечисленных в период действия договора страхования):

- 3.1.2.1. электрокардиография (ЭКГ),

- 3.1.2.2. рентгенологические исследования,
- 3.1.2.3. ультразвуковые исследования,
- 3.1.2.4. общеклинические, биохимические, бактериологические исследования.

3.1.3. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ в стационарных условиях и условиях дневного стационара (не более 1 госпитализации в период действия договора страхования):

3.2.1. Консультации врачей-специалистов по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза).

3.2.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

- 3.2.2.1. электрокардиография (ЭКГ),
- 3.2.2.2. рентгенологические исследования,
- 3.2.2.3. ультразвуковые исследования,
- 3.2.2.4. общеклинические, биохимические, бактериологические исследования.

3.2.3. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

3.2.4. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.2.5. Анестезиологические пособия, назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов*.

* Оплате подлежат лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, входящие в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный действующим законодательством РФ.

3.3. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ ПО ПОСМЕРТНОЙ РЕПАТРИАЦИИ (ТРАНСПОРТИРОВКЕ) ОСТАНКОВ до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо:

- 3.3.1. кремация на территории Российской Федерации;
- 3.3.2. вскрытие тела,
- 3.3.3. международная перевозка.

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ:

4.1. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- 4.1.1. заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция и ее осложнения;
- 4.1.2. алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
- 4.1.3. туберкулез;
- 4.1.4. психические расстройства,
- 4.1.5. травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с психическими нарушениями и(или) в состоянии алкогольного опьянения;

4.2. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ:

- 4.2.1. услуги паллиативной медицинской помощи;
- 4.2.2. услуги, необходимые Застрахованному лицу в плановой форме, т.е. при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной

медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни;

- 4.2.3. консультации врачей-специалистов, имеющих ученые степени кандидата и доктора медицинских наук;
- 4.2.4. услуги физиотерапевтического лечения;
- 4.2.5. компьютерную томографию, магнито-резонансную томографию;
- 4.2.6. расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов-стентов, сосудистых протезов, кавалитров и др., а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 4.2.7. расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения при оказании первичной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара);
- 4.2.8. расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения при оказании специализированной медицинской помощи (в стационарных условиях и условиях дневного стационара), не входящие в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный действующим законодательством РФ.
- 4.2.9. услуги, связанные с протеканием беременности (в т.ч. прерыванием), родовспоможение;
- 4.2.10. стоматологические услуги;
- 4.2.11. расходы на пребывание в палатах повышенной комфортности при оказании специализированной медицинской помощи (в стационарных условиях и условиях дневного стационара);
- 4.2.12. ритуальные услуги.

5. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ УСЛУГ

5.1. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ в выбранную страховщиком медицинскую организацию:

- 5.1.1. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность;
- 5.1.2. при необходимости в первичной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара) Застрахованное лицо обращается в выбранную страховщиком медицинскую организацию. Доверенный врач организации по согласованию со Страховщиком осуществляет направление Застрахованного лица на консультации специалистов и диагностические исследования на условиях программы страхования;
- 5.1.3. при необходимости в специализированной медицинской помощи (в условиях дневного и круглосуточного стационара) Застрахованное лицо обращается в выбранную страховщиком медицинскую организацию. Доверенный врач организации по согласованию со Страховщиком осуществляет направление Застрахованного лица на госпитализацию на условиях программы страхования. В исключительных случаях Застрахованное лицо (при невозможности личного обращения по состоянию здоровья) может обратиться в выбранную страховщиком медицинскую организацию через свое доверенное лицо с предоставлением необходимых медицинских документов для принятия решения о необходимости госпитализации. Перечень необходимых документов определяет врач медицинской организации.

5.2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ в МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЗ СПИСКА (п.6):

- 5.2.1. Застрахованное лицо обращается в любую медицинскую организацию из списка и самостоятельно оплачивает стоимость оказанных ему медицинских услуг (кроме особо обозначенной страховщиком доверенной медицинской организации), после этого Застрахованное лицо обращается в страховую компанию с заявлением на возмещение понесенных затрат;
- 5.2.2. Выплата страхового возмещения на покрытие понесенных затрат на медицинские услуги осуществляется только Застрахованному лицу при наличии следующих документов:
 - заявление на страховое возмещение в адрес Страховщика;
 - договор на оказание платных медицинских услуг и кассовый чек;
 - медицинская справка с указанием диагноза, даты или периода лечения;
 - копия паспорта (с официально заверенным переводом на русский язык);
 - копия страхового полиса;
 - реквизиты лицевого счета застрахованного лица в любом банке на территории Российской Федерации;

- 5.2.3. Заявление на страховое возмещение принимается не позднее 30 дней с даты окончания лечения Застрахованного лица. Датой окончания лечения является дата выдачи медицинского заключения (справки).
- 5.2.4. выплата страхового возмещения производится в пределах страховой суммы, указанной в полисе;
- 5.2.5. выплата страхового возмещения производится в течение 7-ми рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, перечисленных в п. 5.2.2., посредством безналичного расчета путем перечисления средств на лицевой счет заявителя (в любом банке Российской Федерации). При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховом возмещении на дополнительный срок до 30 календарных дней.
- 5.2.6. отсутствие какого-либо документа из п.5.2.2., а также лицевого счета в банке на территории РФ является основанием к отказу в выплате страхового возмещения.
- 5.3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА УСЛУГАМИ ПО ПОСМЕРТНОЙ РЕПАТРИАЦИИ (ТРАНСПОРТИРОВКЕ) ОСТАНКОВ до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо:
- 5.3.1. право на получение возмещения понесенных затрат по посмертной репатриации останков до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо, имеют члены семьи и ближайшие родственники (родители, супруги, дети, братья-сестры, бабушки и дедушки) Застрахованного.
- 5.3.2. выплата страхового возмещения на покрытие затрат по посмертной репатриации осуществляется лицам, имеющим на это право в соответствии с п.5.3.1., при наличии следующих документов:
- заявление на страховое возмещение в адрес Страховщика;
 - документы, подтверждающие близкое родство с Застрахованным лицом (с официальным заверенным переводом на русский язык);
 - свидетельство о смерти Застрахованного лица;
 - полис ДМС Застрахованного лица;
 - платежные документы (договоры, кассовые и/или товарные чеки, иные документы), подтверждающие фактический размер, перечень и назначение понесенных затрат;
 - реквизиты лицевого счета Заявителя в любом банке на территории Российской Федерации;
 - иные документы по требованию Страховщика.
- 5.3.3. заявление на страховое возмещение принимается не позднее 60 дней с даты смерти Застрахованного лица;
- 5.3.4. выплата страхового возмещения производится в пределах страховой суммы, указанной в полисе;
- 5.3.5. выплата страхового возмещения производится в течение 7-ми рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, перечисленных в п. 5.3.2., посредством безналичного расчета путем перечисления средств на лицевой счет заявителя (в любом банке Российской Федерации). При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховом возмещении на дополнительный срок до 30 календарных дней;
- 5.3.6. отсутствие какого-либо документа из п.5.3.2., а также лицевого счета в банке на территории РФ является основанием к отказу в выплате страхового возмещения.

6. СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Формируется при заключении договора страхования.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«НЕОТЛОЖНАЯ СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ – СТАНДАРТ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Неотложная страховая ответственность - стандарт» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет, не имеющим гражданства РФ и не имеющим права на ОМС на территории Российской Федерации, от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная медицинская помощь;

Программа является неотъемлемой частью договора (полиса) добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень исключений из страхового покрытия (п.4);
- порядок обращения за получением услуг (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание (за исключением перечисленных в п.4), отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;
- 2.2. обострение хронического заболевания (за исключением перечисленных в п.4), возникшее в период действия договора, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного;
- 2.3. смерть Застрахованного лица в период действия договора страхования на территории Российской Федерации, повлекшая необходимость репатриации останков Застрахованного лица к месту его постоянного проживания.

3. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара):

3.1.1. Консультации врачей-специалистов по следующим специальностям (не более двух любых консультаций в период действия договора страхования):

- терапия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза).

3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (не более одного любого исследования из нижеперечисленных в период действия договора страхования):

- 3.1.2.1. электрокардиография (ЭКГ),
- 3.1.2.2. рентгенологические исследования,
- 3.1.2.3. ультразвуковые исследования,
- 3.1.2.4. общеклинические, биохимические, бактериологические исследования.

3.1.3. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ в стационарных условиях и условиях дневного стационара (не более 1 госпитализации в период действия договора страхования):

3.2.1. Консультации врачей-специалистов по следующим специальностям:

- терапия,
- кардиология,
- гастроэнтерология,
- пульмонология,
- эндокринология,
- нефрология,
- неврология,
- инфекционные болезни,
- травматология,
- урология,
- хирургия,
- проктология,
- гинекология,
- отоларингология,
- офтальмология,
- дерматология,
- онкология (до установления диагноза).

3.2.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования:

- 3.2.2.1. электрокардиография (ЭКГ),
- 3.2.2.2. рентгенологические исследования,
- 3.2.2.3. ультразвуковые исследования,
- 3.2.2.4. общеклинические, биохимические, бактериологические исследования.

3.2.3. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

3.2.4. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.

3.2.5. Анестезиологические пособия, назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов*.

* Оплате подлежат лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, входящие в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный действующим законодательством РФ.

3.3. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ ПО ПОСМЕРТНОЙ РЕПАТРИАЦИИ (ТРАНСПОРТИРОВКЕ) ОСТАНКОВ до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо:

- 3.3.1. кремация на территории Российской Федерации;
- 3.3.2. вскрытие тела,
- 3.3.3. международная перевозка

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ:

4.1. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

4.1.1. заболевания, передающиеся преимущественно половым путем, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция и ее осложнения;

- 4.1.2. алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
- 4.1.3. туберкулез;
- 4.1.4. психические расстройства,
- 4.1.5. травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с психическими нарушениями и(или) в состоянии алкогольного опьянения;

4.2. ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ:

- 4.1.1. услуги паллиативной медицинской помощи;
- 4.1.2. услуги, необходимые Застрахованному лицу в плановой форме, т.е. при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью;
- 4.1.3. консультации врачей-специалистов, имеющих ученые степени кандидата и доктора медицинских наук;
- 4.1.4. услуги физиотерапевтического лечения;
- 4.1.5. компьютерную и магнитно-резонансную томографию;
- 4.1.6. расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходных материалов-стентов, сосудистых протезов, каво-фильтров и др., а также других коррегирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 4.1.7. расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения при оказании первичной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара);
- 4.1.8. расходы на лекарственные средства и изделия медицинского назначения при оказании специализированной медицинской помощи (в стационарных условиях и условиях дневного стационара), не входящие в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный действующим законодательством РФ.
- 4.1.9. услуги, связанные с протеканием беременности (в т.ч. прерыванием), родовспоможение;
- 4.1.10. стоматологические услуги;
- 4.1.11. расходы на пребывание в палатах повышенной комфортности при оказании специализированной медицинской помощи (в стационарных условиях и условиях дневного стационара);
- 4.1.12. ритуальные услуги.

5. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ УСЛУГ

5.1. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ:

- 5.1.1. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность;
- 5.1.2. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в медицинской организации по выбору Страховщика в режиме работы медицинской организации;
- 5.1.3. при необходимости в первичной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара) Застрахованное лицо обращается в медицинский центр «МИРА». Доверенный врач МЦ «МИРА» по согласованию со Страховщиком осуществляет направление Застрахованного лица на консультации специалистов и диагностические исследования на условиях программы страхования;
- 5.1.4. при необходимости в специализированной медицинской помощи (в условиях дневного и круглосуточного стационара) Застрахованное лицо обращается в медицинский центр «МИРА». Доверенный врач МЦ «МИРА» по согласованию со Страховщиком осуществляет направление Застрахованного лица на госпитализацию на условиях программы страхования. В исключительных случаях Застрахованное лицо (при невозможности личного обращения по состоянию здоровья) может обратиться в МЦ «МИРА» через свое доверенное лицо с предоставлением необходимых медицинских документов для принятия решения о необходимости госпитализации. Перечень необходимых документов определяет врач МЦ «МИРА».

5.2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА УСЛУГАМИ ПО ПОСМЕРТНОЙ РЕПАТРИАЦИИ (ТРАНСПОРТИРОВКЕ) ОСТАНКОВ до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо:

- 5.2.1. право на получение возмещения понесенных затрат по посмертной репатриации останков до места, где постоянно проживало Застрахованное лицо, имеют члены семьи и ближайшие родственники (родители, супруги, дети, братья-сестры, бабушки и дедушки) Застрахованного.

- 5.2.2. выплата страхового возмещения на покрытие затрат по посмертной репатриации осуществляется лицам, имеющим на это право в соответствии с п. 5.2.1., при наличии следующих документов:
- заявление на страховое возмещение в адрес Страховщика;
 - документы, подтверждающие близкое родство с Застрахованным лицом (с официальным заверенным переводом на русский язык);
 - документы, подтверждающие место постоянного проживания Застрахованного лица (с официальным заверенным переводом на русский язык);
 - свидетельство о смерти Застрахованного лица;
 - полис ДМС Застрахованного лица;
 - платежные документы (договоры, кассовые и/или товарные чеки, иные документы), подтверждающие фактический размер, перечень и назначение понесенных затрат;
 - реквизиты лицевого счета Заявителя в любом банке на территории Российской Федерации;
 - иные документы по требованию Страховщика.
- 5.2.3. заявление на страховое возмещение принимается не позднее 60 дней с даты смерти Застрахованного лица;
- 5.2.4. выплата страхового возмещения производится в пределах страховой суммы, указанной в полисе;
- 5.2.5. выплата страхового возмещения производится в течение 7-ми рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, перечисленных в п. 5.2.2., посредством безналичного расчета путем перечисления средств на лицевой счет заявителя (в любом банке Российской Федерации). При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховом возмещении на дополнительный срок до 30 календарных дней.
- 5.2.6. отсутствие какого-либо документа из п.5.2.2., а также лицевого счета в банке на территории РФ является основанием к отказу в выплате страхового возмещения.

ПРОГРАММА**«Неотложная страховая ответственность – Классика»****1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Программа «Неотложная страховая ответственность-Классика» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет, не имеющим гражданства РФ и не имеющим права на ОМС на территории Российской Федерации, от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам и формам:

- первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме;
- специализированная медицинская помощь в неотложной форме;

Программа является неотъемлемой частью договора (полиса) добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень исключений из страхового покрытия (п.4);
- порядок обращения за получением услуг (п.5);
- порядок осуществления страховой выплаты (п.6);
- список медицинских организаций (п.7).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

2.1. внезапное острое заболевание, состояние, возникшее в период действия договора, обострение хронических заболеваний, возникших как в период действия договора, так и до его заключения, без явных признаков угрозы жизни Застрахованного по следующим направлениям:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и СПИД;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения.

3. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ:

3.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

- 3.1.1. Манипуляции среднего медицинского персонала, консультации и манипуляции врачей-специалистов (не более трех любых консультаций и/или манипуляций в период действия договора страхования);
- 3.1.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (не более одного в период действия договора страхования).

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА (не более 1 госпитализации в период действия договора страхования):

- 3.2.1. Консультации врачей-специалистов.
- 3.2.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования.
- 3.2.3. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 3.2.4. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами.
- 3.2.5. Анестезиологические пособия, назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов*.

* Оплате подлежат лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, входящие в перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденный действующим законодательством РФ.

**4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ:
ПО НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЕ ООО СМК «УГМК-МЕДИЦИНА» НЕ ОПЛАЧИВАЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ:**

- 4.1. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- 4.2. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения, заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и СПИД;
- 4.3. по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- 4.4. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- 4.5. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- 4.6. по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 4.7. по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- 4.8. связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица.

5. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ УСЛУГ

- 5.1. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, указанные в п.7.1. Программы:
 - 5.1.1. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии полиса, документа, удостоверяющего личность и разрешения на работу или патента;
 - 5.1.2. при необходимости в первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях Застрахованное лицо обращается к доверенному врачу МЦ «МИРА», который осуществляет направление Застрахованного лица на консультации специалистов и диагностические исследования на условиях программы страхования;
- 5.2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, указанные в п.7.2 Программы:
 - 5.2.1. Застрахованное лицо обращается в любую медицинскую организацию из списка и самостоятельно оплачивает стоимость оказанных ему медицинских услуг, после этого Застрахованное лицо обращается в страховую компанию с заявлением на возмещение понесенных затрат;
 - 5.2.2. Выплата страхового возмещения на покрытие понесенных затрат на медицинские услуги осуществляется только Застрахованному лицу при наличии следующих документов:
 - заявление на страховое возмещение в адрес Страховщика;
 - договор на оказание платных медицинских услуг и кассовый чек;
 - медицинская справка с указанием диагноза, даты или периода лечения;
 - копия паспорта (с официально заверенным переводом на русский язык);
 - копия страхового полиса;

- копия разрешения на работу или патента;
 - номер лицевого счета в банке Российской Федерации.
- 5.2.3. Заявление на страховое возмещение принимается не позднее 30 дней с даты окончания лечения Застрахованного лица. Датой окончания лечения является дата выдачи медицинского заключения (справки).
- 5.2.4. выплата страхового возмещения производится в пределах страховой суммы и лимитов, указанных в полисе;
- 5.2.5. выплата страхового возмещения производится в течение 7-ми рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов, перечисленных в п. 5.2.2., посредством безналичного расчета путем перечисления средств на лицевой счет заявителя (в любом банке Российской Федерации). При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховом возмещении на дополнительный срок до 30 календарных дней.
- 5.2.6. отсутствие какого-либо документа из п.5.2.2., а также лицевого счета в банке на территории РФ является основанием к отказу в выплате страхового возмещения.

6. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 6.1. Страховая выплата осуществляется в виде оплаты (возмещения) затрат на организацию и оказание медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья Застрахованного лица, при наступлении страховых случаев, которые предусмотрены договором страхования, следующими способами:
- 6.1.1. путем безналичного перечисления средств на расчетный счет организации, организовавшей и/или оказавшей медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица;
 - 6.1.2. путем возмещения понесенных расходов на медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, перечислением на лицевой счет.

7. СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

- 7.1. для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в г. Екатеринбурге (по разделу 3.1 Программы страхования) на условиях осуществления страховой выплаты, указанной в п.6.1.1:
- ООО «Мира», г. Екатеринбург, ул. 8 Марта 171.
- 7.2. для получения первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи на условиях осуществления страховой выплаты, указанной в п.6.1.2:

- МБУ «ЦГКБ №1 Октябрьского района»
- МБУ «ЦГБ №2 им. Миславского А.А.»
- МАУЗ «ЦГБ №3»
- МБУ «ЦГБ №3»
- МБУ «ЦГКБ №6»
- МБУ «ЦГБ №7»
- МБУ «ЦГБ №20»,
- МБУ «ЦГКБ №23»
- МБУ «ЦГКБ №24»
- МАУ «ГКБ №40»
- МБУ «ЦГБ №14»
- ГБУЗ «СОКБ №1»
- ГБУЗ СО "ГБ № 1 г. Нижний Тагил"
- ГБУЗ СО "ГБ № 4 г. Нижний Тагил"
- ГБУЗ СО "ГБ № 3 г. Первоуральск"
- МАУ "ЦГБ № 20" Екатеринбург
- ГБУЗ СО "ЦРБ Верхотурского района"
- ГБУЗ СО "Невьянская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Верх-Нейвинская ГП"
- ГБУЗ СО "Кировградская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "ГБ г. Верхний Тагил"
- ГБУЗ СО "Березовская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Рефтинская ГБ"
- ГБУЗ СО "Малышевская ГБ"
- ГБУЗ СО "Сухоложская РБ"
- ГБУЗ СО "Богдановичская ЦРБ"

- ГБУЗ СО "Тугулымская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Красноуфимская РБ"
- ГБУЗ СО "Артинская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Нижнесергинская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Бисертская ГБ"
- ГБУЗ СО "Качканарская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Красноуральская ГБ"
- ГБУЗ СО "ЦГБ г. Верхняя Тура"
- ГБУЗ СО "Нижнетуринская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Сысертская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Верхнепышминская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Верхнесалдинская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Талицкая ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Серовская городская больница № 1"
- ГБУЗ СО "Ирбитская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Пышминская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Алапаевская ГБ"
- ГБУЗ СО "Режевская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Нижнесалдинская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Ачитская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "ГБ № 1 город Первоуральск"
- ГБУЗ СО "Карпинская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Ивдельская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Дегтярская ГБ"
- ГБУЗ СО "Североуральская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "ГБ № 2 г. Каменск- Уральский"
- ГБУЗ СО "ГБ № 3 г. Каменск-Уральский"
- ГБУЗ СО "Камышловская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Арамилевская ГБ"
- ГБУЗ СО "Туринская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "ГБ № 1" г. Краснотурьинск
- ГБУЗ СО "Слободо-Туринская РБ"
- ГБУЗ СО "ГП № 4 г. Нижний Тагил"
- ГБУЗ СО "ГБ ЗАТО Свободный"
- ГБУЗ СО "ГП № 3 г. Нижний Тагил"
- ГБУЗ СО "Алапаевская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "Полевская ЦГБ"
- ГБУЗ СО "Артемовская ЦРБ"
- ГБУЗ СО "ГП г. Каменск-Уральский"
- ГБУЗ СО "ГБ № 5 г. Каменск-Уральский"
- ГБУЗ СО "ЦГБ г. Кушва"
- ГБУЗ СО "Новолялинская РБ"
- ГБУЗ СО "Ревдинская ГБ"
- ГБУЗ СО "Демидовская ГБ"
- ГБУЗ СО "Белоярская ЦРБ"

и другие государственные и муниципальные медицинские организации на территории Свердловской области.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«МЕДИЦИНСКИЙ ГАРАНТ»

3.2.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Медицинский гарант» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет, не имеющим гражданства РФ и не имеющим права на ОМС на территории Российской Федерации, от рисков, перечисленных в п.2, по следующим видам:

1. первичная медико-санитарная помощь в амбулаторно-поликлинических условиях;
2. специализированная медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических условиях;

Программа является неотъемлемой частью договора (полиса) добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- перечень исключений из страхового покрытия (п.4);
- порядок обращения за получением услуг (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ в амбулаторных условиях:

- 3.1. Манипуляции среднего медицинского персонала, консультации и манипуляции врачей-специалистов (не более пяти любых консультаций и(или) манипуляций в период действия договора страхования) по следующим специальностям:

- | | |
|-------------------------|---|
| ▪ терапия, | ▪ хирургия, |
| ▪ гастроэнтерология, | ▪ проктология, |
| ▪ пульмонология, | ▪ гинекология, |
| ▪ эндокринология, | ▪ отоларингология, |
| ▪ нефрология, | ▪ офтальмология, |
| ▪ неврология, | ▪ дерматовенерология, |
| ▪ инфекционные болезни, | ▪ наркология; |
| ▪ урология, | ▪ онкология (до установления диагноза). |

- 3.2. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (не более пяти любых исследований из нижеперечисленных в период действия договора страхования):

- 3.2.1. электрокардиография (ЭКГ),
- 3.2.2. рентгенологические исследования,
- 3.2.3. ультразвуковые исследования,
- 3.2.4. общеклинические, биохимические, бактериологические исследования, исследования методом ИФА (не более двух);

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ:

По настоящей программе ООО СМК «УГМК-Медицина» не оплачивает:

- 4.1. услуги паллиативной медицинской помощи;
- 4.2. услуги неотложной медицинской помощи;
- 4.3. услуги экстренной медицинской помощи;
- 4.4. услуги по вакцинации;
- 4.5. услуги физиотерапевтического лечения;
- 4.6. услуги по планированию семьи, введение, удаление ВМС, определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения;
- 4.7. компьютерную и магнито-резонансную томографию;
- 4.8. расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, и др., а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;
- 4.9. устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей, независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи;
- 4.10. любые хирургические манипуляции;
- 4.11. услуги, связанные с протеканием беременности (в т.ч. прерыванием), родовспоможение;
- 4.12. стоматологические услуги;
- 4.13. методы народной медицины;
- 4.14. услуги по реабилитации в любых медицинских организациях;
- 4.15. медицинские услуги, проводимые с целью оформления личных медицинских книжек, справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия.

5. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 5.1. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность;
- 5.2. медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу в медицинской организации по выбору Страховщика в режиме работы медицинской организации;
- 5.3. при необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию. Доверенный врач медицинской организации по согласованию со Страховщиком осуществляет направление Застрахованного лица на консультации специалистов и диагностические исследования на условиях программы страхования;

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«УНИВЕРСАЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Универсальная страховая ответственность» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина» и является неотъемлемой частью договора страхования. По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту Застрахованным лицам в возрасте от 18 лет от рисков, перечисленных в разделах А и Б программы, по следующим видам:

1. амбулаторно-поликлиническая помощь (раздел А, Б);
2. стационарная помощь, включая стационарзамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар, стационар на дому) (раздел А, Б)
3. реабилитационно-восстановительное лечение (раздел А);
4. стоматологическая помощь (раздел А);
5. медицинскую помощь на дому (раздел А);
6. лечение за рубежом (раздел А).

Программа «Универсальная страховая ответственность» состоит из двух разделов: раздел А и раздел Б.

Каждый раздел программы регламентирует :

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту;
- перечень медицинских услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе;
- лимит ответственности Страховщика по разделу.

РАЗДЕЛ А Программы:**1.1 Перечень страховых рисков:**

- 1.1.1. острое заболевание, отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора, за исключением болезни Бадда-Киари, гистиоцитоза Х, первичного амилоидоза почек;
- 1.1.2. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица в период действия договора, за исключением гистиоцитоза Х, первичного амилоидоза почек;
- 1.1.3. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица до заключения договора, за исключением гистиоцитоза Х, первичного амилоидоза почек;
- 1.1.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 1.1.5. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды, медицинская реабилитация и т.д.);

1.2. Перечень медицинских услуг:**1.2.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:**

- 1.2.1.1. Консультации врачей-специалистов (любых специальностей).
- 1.2.1.2. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний).
- 1.2.1.3. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).
- 1.2.1.4. Физиотерапевтическое лечение
- 1.2.1.5. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 1.2.1.6. Назначение и применение лекарственных препаратов.

1.2.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ (включая стационарзамещающие технологии - стационар одного дня, дневной стационар, стационар на дому):

- 1.2.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, которое представляет угрозу для жизни и здоровья застрахованного.
- 1.2.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.
- 1.2.2.3. Размещение больного при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате. По возможности размещение в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста).
- 1.2.2.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.
- 1.2.2.5. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.
- 1.2.2.6. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.
- 1.2.2.7. Консультации врачей-специалистов
- 1.2.2.8. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний)
- 1.2.2.9. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).
- 1.2.2.10. Физиотерапевтическое лечение
- 1.2.2.11. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

1.2.3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1.2.3.1. лабораторно-диагностические, инструментальные исследования, проводимые с целью определения эффективности лечения, полученного Застрахованным;
- 1.2.3.2. консультации и другие профессиональные услуги врача;
- 1.2.3.3. физиотерапия и бальнеолечение (кроме оздоровительного плавания в бассейне);
- 1.2.3.4. консервативное лечение в соответствии с принятыми стандартами;
- 1.2.3.5. размещение больного при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате. По возможности размещение в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста).

Медицинское обслуживание застрахованных реабилитационно-восстановительного характера осуществляется в условиях медицинских учреждений, предлагающих услуги по реабилитации и восстановительному лечению. Реабилитационно-восстановительное лечение проводится с целью устранения последствий перенесенных заболеваний, хирургических вмешательств, травм, а также при наличии хронических заболеваний, склонных к рецидивированию, с целью лечения и восстановления трудоспособности. Организация и оплата Страховщиком восстановительно-реабилитационного лечения производится на основании направления врача.

1.2.4. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

- 1.2.4.1. Консультации врачей-специалистов;
- 1.2.4.2. Инструментальные исследования (рентгенологическое исследование, радиовизиография, ортопантомография);
- 1.2.4.3. Физиотерапевтическое лечение;
- 1.2.4.4. Обезболивание местными анестетиками;
- 1.2.4.5. Услуги по терапевтической стоматологии;
- 1.2.4.6. Услуги по хирургической стоматологии;
- 1.2.4.7. Ортопедическое лечение.

1.2.5. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ:

- 1.2.5.1. первичный осмотр больного, снятие ЭКГ и другая необходимая экспресс-диагностика;
- 1.2.5.2. экстренные лечебные манипуляции: инъекции и вливания лекарственных препаратов, первичная обработка ран, перевязки, дача кислорода и т.п.

Медицинская помощь на дому оказывается Застрахованному, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить поликлинику, нуждается в постельном режиме, наблюдении врача;

1.2.6. ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

- 1.2.6.1. организация заочных консультаций;
- 1.2.6.2. составление предварительной диагностической программы;
- 1.2.6.3. получение медицинской помощи в зарубежных медицинских клиниках и центрах по различным медицинским направлениям.

Страховщик организует и оплачивает оказание Застрахованному медицинской помощи и связанных с ней медицинских услуг в зарубежных медицинских клиниках и центрах. Оплата расходов на сопровождающих лиц осуществляется за счет средств Застрахованного (Страхователя).

1.3. Лимит ответственности по разделу А настоящей программы – 89% страховой суммы, определенной договором страхования.

РАЗДЕЛ Б Программы:

2.1. Перечень страховых рисков:

- 2.1.1. острое состояние, обусловленное возникновением болезни Бадда-Киари, гистиоцитоза X, первичного амилоидоза почек;
- 2.1.2. обострение хронического заболевания гистиоцитоза X, первичного амилоидоза почек;

2.2. Перечень медицинских услуг:

2.2.1. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

- 2.2.1.1. Консультации врачей-специалистов (любых специальностей).
- 2.2.1.2. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний).
- 2.2.1.3. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).
- 2.2.1.4. Физиотерапевтическое лечение.
- 2.2.1.5. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 2.2.1.6. Назначение и применение лекарственных препаратов.

2.2.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ (включая стационарзамещающие технологии - стационар одного дня, дневной стационар, стационар на дому):

- 2.2.2.1. Экстренная госпитализация, осуществляемая при внезапно возникшем заболевании или состоянии, обострении хронического заболевания, которое представляет угрозу для жизни и здоровья застрахованного.
- 2.2.2.2. Плановая госпитализация, осуществляемая по направлению лечащего врача при наличии документов, необходимых для проведения госпитализации.
- 2.2.2.3. Размещение больного при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате. По возможности размещение в палате «Люкс» и организация индивидуального поста наблюдения (медицинского поста).
- 2.2.2.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.
- 2.2.2.5. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.
- 2.2.2.6. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов.
- 2.2.2.7. Консультации врачей-специалистов
- 2.2.2.8. Консультативные приемы врачей с ученой степенью, проведение консилиума (при наличии показаний)
- 2.2.2.9. Лабораторно-диагностические и инструментальные исследования (по медицинским показаниям, при обязательном согласовании со Страховщиком).
- 2.2.2.10. Физиотерапевтическое лечение
- 2.2.2.11. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

2.3. Лимит ответственности по разделу Б настоящей программы – 11% страховой суммы, определенной договором страхования.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«МАТЬ И ДИТЯ – КОМФОРТ»

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа «Мать и дитя – Комфорт» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту застрахованным лицам в возрасте от 0 лет в условиях круглосуточного стационара (отделения патологии беременности и родильного дома) от рисков, перечисленных в п.2, на условиях иных, нежели предусмотрены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области (далее по тексту – ТПГГ СО) в действующей редакции. Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских и иных услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- порядок обращения за медицинскими и иными услугами (п.4).

ii. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды);
- 2.2. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (в отношении Застрахованного лица и его новорожденного ребенка / детей);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ:**3.1 ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ (ОСНОВНОЙ):**

п/п	Перечень услуг	Варианты программ (с учетом конкретного набора услуг)					
		№1	№2	№3	№4	№5	№6
1.	Предварительный осмотр и медицинское консультирование врачом высшей (или первой) категории для решения вопроса о сроках возможной дородовой госпитализации.	*			*	*	*
2.	Внеочередная госпитализация в профильное отделение стационара.		*	*	*	*	*
3.	Индивидуальное акушерско-гинекологическое ведение матери в стационаре врачами высшей (или первой) категории.	*	*	*	*	*	*
4.	Пребывание в двухместной палате в дородовой период		*	*	*	*	*
5.	Пребывание в одноместной палате повышенной медицинской оснащенности после родов		*	*		*	*
6.	Эпидуральная анестезия по желанию женщины (за исключением эпидуральной анестезии по медицинским показаниям)		*	*		*	*
7.	Консультации сотрудников ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (кмн, дмн, профессор)		*	*	*		
8.	Назначение и применение лекарственных препаратов, анестетиков, кислорода и других газов, перевязочного материала, сверх перечня,		*	*	*	*	*

	предусмотренного условиями ТПГГ СО						
9.	Наблюдение новорожденного зав. отделением неонатологии или сотрудником ГБОУ ВПО УГМУ, обследование новорожденного (НСГ, УЗИ органов брюшной полости)	*	*	*	*	*	
10.	Консультация женщины и ребенка на базе роддома через месяц после выписки (гинеколог, педиатр).	*	*			*	
11.	Круглосуточный патронаж среднего медицинского персонала					*	*

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ) * :

№ п/п	Перечень дополнительных услуг	Условное обозначение
1	Наблюдение Застрахованного лица в предродовой период до 36 недель беременности на базе ОПБ (один триместр)	У1
2	Семейные роды с проживанием второго человека в послеродовой палате	У2
3	Выбор врача для индивидуального ведения родов	У3
4	Выбор акушерки для индивидуального ведения родов	У4
5	Пребывание после родов в одноместной палате повышенной медицинской оснащенности на весь срок госпитализации в стационаре	У5
6	Консультация зав. отделением	У6
7	Индивидуальный пост ухода врачебного и среднего персонала во время родов	У7

* При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут согласовать перечень дополнительных услуг в виде единичных услуг или их комбинации (п.3.2.). Дополнительные услуги гарантированы для Застрахованного лица только в том объеме, который согласован сторонами и указан в договоре страхования. Дополнительные услуги, не выбранные Страхователем, не входят в объем страховой ответственности Страховщика и им не оплачиваются.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ И ИНЫМИ УСЛУГАМИ:

- 4.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 4.2. Перечисленные в Программе страхования медицинские и иные услуги, оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии направления Страховщика, документа, удостоверяющего личность Застрахованного и обменной карты беременной.
- 4.3. В случае если в медицинской организации, определенной договором страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, ООО СМК «УГМК-Медицина» может организовать их оказание в другом равноценном лечебном учреждении. В случае отказа Застрахованного лица на замену ЛПУ или специалиста договор страхования расторгается.
- 4.4. Застрахованное лицо в целях благополучного завершения лечебно-диагностических мероприятий обязано тщательно выполнять рекомендации врачей, соблюдать санитарно-эпидемиологический режим и распорядок дня, установленный в лечебном учреждении. При нарушении правил нахождения в отделении и невыполнении Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, о чем имеется запись в истории болезни, Страховщик оставляет за собой право расторгнуть договор.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«МАТЬ И ДИТЯ – СТАНДАРТ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа «Мать и дитя – Стандарт» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту застрахованным лицам в возрасте от 0 лет следующих категорий:

- не имеющим гражданства РФ и не имеющим права на ОМС на территории Российской Федерации,
- гражданам РФ, не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию,

в условиях круглосуточного стационара (отделения патологии беременности и родильного дома) от рисков, перечисленных в п.2. Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских и иных услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- порядок обращения за медицинскими и иными услугами (п.4).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, роды);
- 2.2. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (в отношении Застрахованного лица и его новорожденного ребенка / детей);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ:**3.1 ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ (ОСНОВНОЙ):**

- 3.1.1. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.
- 3.1.2. Консультации врачей-специалистов, проводимые по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации (беременность, роды);
- 3.1.3. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации (беременность, роды);
- 3.1.4. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, в условиях отделения реанимации и/или интенсивной терапии, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.
- 3.1.5. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в редакции, действующий на момент госпитализации.
- 3.1.6. Физиотерапевтическое лечение в рамках оснащённости ЛПУ, проводимое по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации (беременность, роды).
- 3.1.7. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала, проводимые по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации (беременность, роды).

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ) * :

№ п/п	Перечень дополнительных услуг	Условное обозначение
1	Наблюдение Застрахованного лица в предродовой период до 36 недель беременности на базе ОПБ (один триместр)	У1
2	Семейные роды с проживанием второго человека в послеродовой палате	У2
3	Выбор врача для индивидуального ведения родов	У3
4	Выбор акушерки для индивидуального ведения родов	У4
5	Пребывание после родов в одноместной палате повышенной медицинской оснащённости на весь срок госпитализации в стационаре	У5

6	Консультация зав. отделением	У6
7	Индивидуальный пост ухода врачебного и среднего персонала во время родов	У7

* При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут согласовать перечень дополнительных услуг в виде единичных услуг (п.3.2) или их комбинации. Дополнительные услуги гарантированы для Застрахованного лица только в том объеме, который согласован и указан в договоре страхования. Перечень выбранных дополнительных услуг определяется в договоре с помощью условных обозначений, присвоенных каждому комплексу и единичным услугам. Дополнительные услуги, не выбранные Страхователем, не входят в объем страховой ответственности Страховщика и им не оплачиваются.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ И ИНЫМИ УСЛУГАМИ:

- 4.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 4.2. Перечисленные в Программе страхования медицинские и иные услуги, оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии направления Страховщика, документа, удостоверяющего личность Застрахованного и обменной карты беременной.
- 4.3. В случае если в медицинской организации, определенной договором страхования, не оказываются рекомендованные врачом медицинские услуги, ООО СМК «УГМК-Медицина» может организовать их оказание в другом равноценном лечебном учреждении. В случае отказа Застрахованного лица на замену ЛПУ или специалиста договор страхования расторгается.
- 4.4. Застрахованное лицо в целях благополучного завершения лечебно-диагностических мероприятий обязано тщательно выполнять рекомендации врачей, соблюдать санитарно-эпидемиологический режим и распорядок дня, установленный в лечебном учреждении. При нарушении правил нахождения в отделении и невыполнении Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, о чем имеется запись в истории болезни, Страховщик оставляет за собой право расторгнуть договор.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа «Здоровая семья» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту застрахованным лицам в возрасте от 0 лет в условиях амбулаторно-поликлинических организаций от рисков, перечисленных в п.2, на условиях иных, нежели предусмотрены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области (далее по тексту – ТПГГ СО) в действующей редакции. Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских и иных услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- порядок обращения за медицинскими и иными услугами (п.4).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. беременность Застрахованного лица, требующая оказания медицинской помощи;
- 2.2. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для репродуктивного здоровья Застрахованного лица угроз и(или) устраняющих их (в отношении Застрахованного лица);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ:

- 3.1. Консультации врачей-специалистов по следующим направлениям:
 - 3.1.1. акушерство и гинекология,
 - 3.1.2. урология,
 - 3.1.3. андрология,
 - 3.1.4. медицинская генетика,
 - 3.1.5. ультразвуковая диагностика.
- 3.2. Диагностические исследования:
 - 3.2.1. УЗИ плода, включая проведение фетометрии и оценку анатомии, в том числе на аппаратах с получением изображения в режиме 4D ;
 - 3.2.2. УЗИ гинекологическое;
 - 3.2.3. иные исследования в соответствии с номенклатурой услуг выбранной медицинской организации.
- 3.3. Лабораторные исследования:
 - 3.3.1. общеклинические;
 - 3.3.2. биохимические;
 - 3.3.3. цитологические;
 - 3.3.4. бактериологические;
 - 3.3.5. молекулярно-генетические;
 - 3.3.6. исследования методом ПЦР;
 - 3.3.7. иные исследования в соответствии с номенклатурой услуг выбранной медицинской организации.
- 3.4. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.
- 3.5. Возможность внеочередного получения медицинских услуг.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ И ИНЫМИ УСЛУГАМИ:

- 4.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 4.2. Перечисленные в Программе страхования медицинские и иные услуги, оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии направления Страховщика и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ – СТАНДАРТ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа «Стационарное лечение – стандарт» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту застрахованным лицам в возрасте от 15 лет в условиях круглосуточного стационара от рисков, перечисленных в п.2. Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских и иных услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- лимиты страховой ответственности (п.4);
- порядок обращения за медицинскими и иными услугами (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание, отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ:**3.1 ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ (ОСНОВНОЙ):**

- 3.1.1. Размещение при госпитализации в стандартной 2х-3х-4х местной палате.
- 3.1.2. Консультации врачей-специалистов, проводимые по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации;
- 3.1.3. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации;
- 3.1.4. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационной палат, в условиях отделения реанимации и/или интенсивной терапии, перевязки, туалет ран, инъекции и т.п.
- 3.1.5. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в редакции, действующий на момент госпитализации.
- 3.1.6. Физиотерапевтическое лечение в рамках оснащенности ЛПУ, проводимое по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации.
- 3.1.7. Манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала, проводимые по медицинским показаниям по поводу состояния, послужившего основанием для госпитализации.

4. ЛИМИТЫ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

	Профиль отделения	Лимит страховой ответственности в % от общей страховой суммы
1.	Кардиология	4,5
2.	Ревматология	4,5
3.	Гастроэнтерология	4,5
4.	Пульмонология	4,5
5.	Эндокринология	4,5
6.	Нефрология	4,5
7.	Аллергология и иммунология	4,5

8.	Терапия	4,5
9.	Травматология	4,5
10.	Ортопедия	4,5
11.	Урология	4,5
12.	Нейрохирургия	5,5
13.	Хирургия	4,5
14.	Челюстно-лицевая хирургия	4,5
15.	Торакальная хирургия	4,5
16.	Колопроктология	4,5
17.	Кардиохирургия	4,5
18.	Сосудистая хирургия	4,5
19.	Акушерство и гинекология	4,5
20.	Оториноларингология	4,5
21.	Офтальмология	4,5
22.	Неврология	4,5

5. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ И ИНЫМИ УСЛУГАМИ:

- 5.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 5.2. Перечисленные в Программе страхования медицинские и иные услуги, оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии направления Страховщика, документа, удостоверяющего личность Застрахованного.
- 5.3. Застрахованное лицо в целях благополучного завершения лечебно-диагностических мероприятий обязано тщательно выполнять рекомендации врачей, соблюдать санитарно-эпидемиологический режим и распорядок дня, установленный в лечебном учреждении. При нарушении правил нахождения в отделении и невыполнении Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, о чем имеется запись в истории болезни, Страховщик оставляет за собой право расторгнуть договор.

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
«СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ – КОМФОРТ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа «Стационарное лечение – комфорт» разработана на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». По настоящей программе Страховщик обеспечивает страховую защиту застрахованным лицам в возрасте от 0 лет в условиях круглосуточного стационара от рисков, перечисленных в п.2, на условиях иных, нежели предусмотрены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области (далее по тексту – ТПГГ СО) в действующей редакции. Программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и регламентирует:

- перечень страховых рисков, по которым Страховщик обеспечивает страховую защиту (п.2);
- перечень медицинских и иных услуг, на получение которых Застрахованный имеет право по настоящей программе (п.3);
- лимиты страховой ответственности (п.4);
- порядок обращения за медицинскими и иными услугами (п.5).

2. ПЕРЕЧЕНЬ СТРАХОВЫХ РИСКОВ:

- 2.1. острое заболевание, отравление, травма, ожог, возникшие у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.2. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица в период действия договора;
- 2.3. обострение хронических заболеваний, возникших у Застрахованного лица до заключения договора;
- 2.4. проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их;
- 2.5. состояния Застрахованного лица, требующие оказания медицинской помощи (беременность, медицинская реабилитация и т.д.);

3. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ:**3.1 ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ (ОСНОВНОЙ):**

- 3.1.1. Размещение при госпитализации в палате повышенной медицинской оснащенности *

* Палаты повышенной медицинской оснащенности могут различаться в зависимости от возможностей медицинских организаций. Палаты могут предусматривать 1-2-3 местное размещение, наличие или отсутствие индивидуального сан. узла / душа, дополнительное питание, комплексы медицинских услуг по диагностике и лечению. Конкретные условия пребывания в палатах повышенной медицинской оснащенности определяются по согласованию Страхователя и Страховщика с учетом выбранной медицинской организации и конкретизируются в договоре страхования.

3.2. ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ) ** :

№ п/п	Перечень дополнительных услуг	Условное обозначение
1	Дополнительное питание	У1
2	Дополнительный уход медицинского персонала	У2
3	Индивидуальное ведение пациента, проведение операции и послеоперационное наблюдение заведующим отделением	У3
4	Индивидуальное ведение пациента, проведение операции и послеоперационное наблюдение врачом, имеющим степень к.м.н.	У4
5	Консультация после операции врачом, имеющим степень к.м.н.	У5
6	Индивидуальное ведение пациента, проведение операции и послеоперационное наблюдение врачом, имеющим степень д.м.н.	У6
7	Консультация после операции врачом, имеющим степень д.м.н.	У7

8	Комплекс медицинских услуг по диагностике и лечению основного и/или сопутствующего заболевания при госпитализации в профильное отделение (без стоимости пребывания в палате)	У8
9	Инструментально-диагностические исследования (по профилю отделения)	У9

** При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут согласовать перечень дополнительных услуг в виде единичных услуг или их комбинации (п.3.2.). Дополнительные услуги гарантированы для Застрахованного лица только в том объеме, который согласован сторонами и указан в договоре страхования. Дополнительные услуги, не выбранные Страхователем, не входят в объем страховой ответственности Страховщика и им не оплачиваются.

4. ЛИМИТЫ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

	Профиль отделения	Лимит страховой ответственности в % от общей страховой суммы
1.	Кардиология	4,5
2.	Ревматология	4,5
3.	Гастроэнтерология	4,5
4.	Пульмонология	4,5
5.	Эндокринология	4,5
6.	Нефрология	4,5
7.	Аллергология и иммунология	4,5
8.	Терапия	4,5
9.	Травматология	4,5
10.	Ортопедия	4,5
11.	Урология	4,5
12.	Нейрохирургия	5,5
13.	Хирургия	4,5
14.	Челюстно-лицевая хирургия	4,5
15.	Торакальная хирургия	4,5
16.	Колопроктология	4,5
17.	Кардиохирургия	4,5
18.	Сосудистая хирургия	4,5
19.	Акушерство и гинекология	4,5
20.	Оториноларингология	4,5
21.	Офтальмология	4,5
22.	Неврология	4,5

5. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ И ИНЫМИ УСЛУГАМИ:

- 5.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 5.2. Перечисленные в Программе страхования медицинские и иные услуги, оказываются Застрахованному лицу в режиме работы медицинской организации при наличии направления Страховщика, документа, удостоверяющего личность Застрахованного.
- 5.3. Застрахованное лицо в целях благополучного завершения лечебно-диагностических мероприятий обязано тщательно выполнять рекомендации врачей, соблюдать санитарно-эпидемиологический режим и распорядок дня, установленный в лечебном учреждении. При нарушении правил нахождения в отделении и невыполнении Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, о чем имеется запись в истории болезни, Страховщик оставляет за собой право расторгнуть договор.

Приложение 2.1
к Правилам ДМС
ООО СМК «УГМК-Медицина»
от 06.05.2019

ДОГОВОР КОЛЛЕКТИВНОГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Екатеринбург

«__» _____ 20 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «УГМК - Медицина», (лицензия Банка России СЛ 3313 от 31.07.2015г.), в лице генерального директора Леонтьева Игоря Леопольдовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем СТРАХОВЩИК, с одной стороны,

и _____, в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем СТРАХОВАТЕЛЬ, с другой Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик в соответствии с законодательством РФ и Правилами страхования ООО СМК «УГМК-Медицина» (Приложение №1) принимает на себя обязательство за обусловленную настоящим договором плату (страховую премию) организовать оказание медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния, требующего организации и оказания таких услуг, Застрахованным лицам (из списка) при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы.

1.2. Объектом страхования по настоящему Договору являются имущественные интересы, связанные с оплатой:

– организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг;

– проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

1.3. Страховым случаем является совершившееся событие из числа указанных в пункте 2 соответствующей программы страхования (Приложение №2), повлекшее в течение срока страхования обращение в медицинскую, аптечную, сервисную и/или иную организацию из числа определенных и/или согласованных со Страховщиком за услугами, предусмотренными программой страхования.

1.4. Объем услуг, оказываемых Застрахованным лицам, определяется программой страхования (Приложение №2), прилагаемой к настоящему Договору, являющейся его неотъемлемой частью. При наличии нескольких программ к договору прилагаются все программы.

1.5. Общая численность застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

_____ по программе N 1 _____ человек,
_____ по программе N 2 _____ человек,

и т.д. (при наличии нескольких программ). В этих случаях списки застрахованных составляются по программам.

Списки застрахованных определяются Приложением №3 к настоящему договору. Изменения персонального состава списка застрахованных лиц возможны только по согласованию со Страховщиком и осуществляются путем направления Страхователем письменного заявления в адрес Страховщика. Письменное заявление может быть направлено в том числе по факсу или по электронной почте (сканированный вариант). Изменения персонального состава списка Застрахованных вступают в силу с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя.

1.6. Медицинские организации, в которых Застрахованные по настоящему договору вправе получить медицинские и связанные с ними услуги при наступлении страхового случая, указаны в Приложении №4 к настоящему договору. Перечень медицинских организаций может быть дополнен дополнительным соглашением по согласованию Сторон.

По согласованию со Страхователем Страховщик вправе организовать необходимую медицинскую помощь в медицинских организациях помимо приведенных в Приложении №4.

2. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

2.1. Общая страховая сумма составляет _____ руб.
(сумма прописью)

Страховая сумма по программе « _____ » составляет: _____ руб.

Страховая сумма по программе « _____ » составляет _____ руб.

2.2. Общая страховая премия по программе _____ руб.
(сумма прописью)

Общая страховая премия по программе _____ руб.
(сумма прописью)

Общая страховая премия по всем программам _____ руб.
(сумма прописью)

2.3. Страховая премия вносится не позднее 10 дней с момента подписания договора или по графику в следующие сроки:

_____ 20 _____ года _____ руб.

_____ 20 _____ года _____ руб.

_____ 20 _____ года _____ руб.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страхователь имеет право:

3.1.1. требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских организациях медицинских и связанных с ними услуг, определенных Программой страхования в соответствии с настоящим Договором;

3.1.2. расширить Программу страхования, изменить уровень страхового обеспечения, уплатив при этом дополнительную страховую премию. Размер страховой премии и порядок оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему Договору. При этом п.6.12 Правил не применяется. Страховая премия рассчитывается как годовая независимо от оставшегося срока страхования.

3.1.3. увеличить количество Застрахованных лиц путем подписания дополнительного соглашения к настоящему Договору с предоставлением Страховщику необходимых сведений о дополнительно страхуемых лицах и уплатой за них страховой премии за период с момента заключения дополнительного соглашения до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

3.1.4. уменьшить количество Застрахованных лиц, расторгнув договор в отношении этих лиц (исключение Застрахованных лиц из списка производится только с их согласия);

3.1.5. изменить персональный состав Застрахованных лиц с согласия Страховщика. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику в письменном виде сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. При необходимости производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья вновь Застрахованных лиц за не истекший срок страхования.

3.2. Страхователь обязан:

3.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные разделом 2 настоящего Договора и/или дополнительным соглашением к нему;

3.2.2. предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;

3.2.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по настоящему Договору, условиями получения медицинских и связанных с ними услуг, передать Застрахованным лицам полисы медицинского страхования;

3.2.4. возместить Страховщику понесенные им затраты на основании п. 3.3.3. настоящего договора в течение 7-ми банковских дней с даты получения соответствующего счета от страховщика;

3.2.5. уведомить Застрахованных лиц и получить их согласие на:

3.2.5.1. обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в полисе (а также иных персональных сведений, полученных Страховщиком во время действия договора страхования), любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», с целью исполнения договора страхования;

- 3.2.5.2. ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица экспертами Страховщика в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и действующим законодательством в целях проведения экспертизы объемов и качества медицинской помощи.
- 3.2.6. по запросу Страховщика предоставить ему указанные в п.3.2.5. письменные согласия Застрахованных лиц;
- 3.2.7. в случае исключения Застрахованного лица из списка застрахованных получить его письменное согласие и передать Страховщику.
- 3.2.8. расторгнуть договор в отношении Застрахованного лица, прекращающего трудовые отношения со Страхователем, в течение 3-х рабочих дней с момента увольнения.
- 3.3. Страховщик имеет право:
- 3.3.1. в случае сомнений в достоверности представленных в «Анкете Застрахованного лица» сведений потребовать от Страхователя предоставить все необходимые документы, подтверждающие данные, указанные в Анкете Застрахованного, в 7-дневный срок со дня запроса Страховщика;
- 3.3.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;
- 3.3.3. потребовать от Страхователя возмещения затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору при условии, что медицинские и связанные с ними услуги были получены лицом по страховому полису застрахованного в нарушение обязанности Страхователя, предусмотренной п.3.2.8. настоящего Договора.
- 3.3.4. инициировать изменение страховой суммы по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования.
- 3.3.5. в пределах страховой суммы устанавливать лимиты ответственности по Программам медицинского страхования.
- 3.4. Страховщик обязан:
- 3.4.1. выдать Страхователю (Застрахованным лицам) полисы медицинского страхования в соответствии с п.1.6 настоящего Договора;
- 3.4.2. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и связанных с ними услуг в соответствии с Программой страхования и своевременно осуществлять их оплату в пределах страховой суммы, указанной в п.2.1. настоящего Договора;
- 3.4.3. в случае, если медицинская организация на момент обращения Застрахованного лица не может обеспечить оказание ранее согласованных услуг в соответствии с Программой страхования, организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации;
- 3.4.4. защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями в части организации медицинской помощи;
- 3.4.5. обеспечить конфиденциальность в отношении Страхователя (Застрахованных лиц) и защиту его персональных данных в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных».

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 4.1 Договор страхования прекращает действие в случае:
- 4.1.1. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме, т.е. в случае оказания Застрахованным услуг на сумму равную страховой ответственности;
- 4.1.2. признания судом договора страхования недействительным;
- 4.1.3. в отношении указанного в нем Застрахованного лица в случае его смерти.
- 4.2 Действие договора страхования может быть прекращено досрочно:
- 4.2.1. по соглашению сторон;
- 4.2.2. по инициативе Страхователя:
- 4.2.2.1. в отношении указанного в нем Застрахованного лица;
- 4.2.2.2. в отношении всех Застрахованных;
- 4.2.3. по инициативе Страховщика в случае неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные настоящим Договором сроки и размерах;
- 4.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в сроки и в размерах, установленных разделом 2 настоящего Договора по истечении 10 рабочих дней с даты, установленной для уплаты страховой премии или очередного страхового взноса, Страховщик может приостановить действие

договора, а в дальнейшем полностью прекратить его действие, направив письменное уведомление Страхователю.

4.4. О намерении досрочного прекращения действия настоящего Договора стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

4.5. При досрочном прекращении действия договора по инициативе Страхователя (за исключением случаев, предусмотренных п.4.2.2.1. настоящего Договора) Страхователю может быть возвращена часть страховых взносов, исчисленных пропорционально за не истекший к моменту досрочного прекращения срок действия договора страхования за вычетом расходов страховой организации, включая расходы на ведение дела. Возврат страховой премии осуществляется только в отношении оплаченной части страховой премии, предусмотренной настоящим договором.

4.6. При досрочном прекращении действия договора по инициативе Страховщика в соответствии с п.4.2.3. настоящего Договора страховая премия возврату не подлежит.

4.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.

5. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Страховая выплата осуществляется в виде оплаты (возмещения) затрат на организацию и оказание медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья Застрахованного лица, при наступлении страховых случаев, которые предусмотрены в п. 1.3. настоящего Договора.

5.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги и иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, на основании счетов, представленных ему соответствующими организациями в размере, не превышающем суммы, указанной в направлении Страховщика.

5.3. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги только в пределах страховой суммы, установленной в п.2.1. настоящего Договора.

5.4. Страховым случаем не являются и оплате Страховщиком не подлежат затраты, возникшие в связи со следующими событиями:

5.4.1. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию в связи:

- с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным лицом действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо был доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением себе телесных повреждений.

5.4.2. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за получением услуг:

- которые не предусмотрены настоящим договором;
- в медицинской организации без направления страховщика за исключением случаев, предварительно согласованных со Страховщиком;
- в медицинской организации, не предусмотренной настоящим договором и не согласованной со Страховщиком;
- в период приостановления Страховщиком действия настоящего договора, или до вступления его в силу, или после окончания действия договора, или после исключения Застрахованного из списка застрахованных.

5.4.3. обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за получением услуг, указанных в соответствующих Программах страхования в качестве не подлежащих оплате.

5.5. Решение об отказе в оплате стоимости оказанных услуг принимается врачебной комиссией Страховщика. При несогласии Застрахованного с решением врачебной комиссии отказ Страховщика в оплате услуг может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ и договором страхования.

5.6. Если по каким-либо причинам Застрахованный был вынужден оплатить необходимые медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья, самостоятельно за свой счет (преимущественно в медицинских (аптечных) организациях других субъектов РФ или за пределами РФ),

Страховщик может возместить понесенные Застрахованным лицом расходы непосредственно ему наличными деньгами или перечислением на его счет.

- 5.6.1. затраты признаются обоснованными, если они соответствуют положениям настоящего Договора, а также подтверждаются документами, перечисленными в п. 5.7. настоящего Договора, являются необходимыми и оплачены Застрахованным лицом в полном объеме;
 - 5.6.2. заявление Застрахованного лица на страховую выплату принимается не позднее 60 календарных дней после получения им медицинских и связанных с ними услуг;
 - 5.6.3. Страховщик в течение 10 рабочих дней с момента предъявления заявления и всех необходимых документов принимает решение о признании страхового случая или отказе в страховой выплате, составляет страховой акт, являющийся основным документом для выплаты страхового возмещения;
 - 5.6.4. страховая выплата производится в течение 10-ти рабочих дней со дня подписания страхового акта. Днем выплаты страхового возмещения считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика;
 - 5.6.5. В случае, если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения в соответствии с п.5.7., а также производить экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, отсрочив принятие решения о страховой выплате на дополнительный срок до 30.
 - 5.6.6. В случае отказа Застрахованного лица от предоставления запрашиваемых документов Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной представленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате;
 - 5.6.7. В случае непредоставления Застрахованным лицом, обратившимся за страховым возмещением, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и о необходимости предоставить недостающие сведения.
- 5.7. Для осуществления страховой выплаты в соответствии с п.5.6. настоящего Договора Застрахованное лицо должно предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:
- заявление на страховую выплату в адрес Страховщика;
 - оплаченный счет с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости;
 - иные документы по требованию Страховщика в соответствии с п.3.3.2. настоящего Договора.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Договор заключается на срок _____.
- 6.2. Договор страхования вступает в силу _____.
- 6.3. Действие настоящего Договора может быть приостановлено Страховщиком в одностороннем порядке в случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в сроки и в размерах, установленных разделом 2 настоящего Договора по истечении 10 рабочих дней с даты, установленной для уплаты страховой премии или очередного страхового взноса.
- 6.4. Действие настоящего Договора приостанавливается Страховщиком в одностороннем порядке в случае нарушения Страхователем обязанностей, предусмотренных п.3.2.4. и п.3.2.6. настоящего Договора.
- 6.5. Во время приостановления действия настоящего Договора медицинские и связанные с ними услуги Застрахованным лицам не оказываются.
- 6.6. Возобновление действия договора осуществляется с момента устранения причин, повлекших приостановление.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 7.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке.

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

Стороны признают юридическую силу за электронными письмами – документами, направленными по электронной почте (e-mail), и признают их равнозначными документам на бумажных носителях, подписанным собственноручной подписью, т.к. только сами Стороны и уполномоченные ими лица имеют доступ к соответствующим средствам связи – адресам электронной почты, указанным в Договоре в реквизитах Сторон. Доступ к электронной почте каждая Сторона осуществляет по паролю и обязуется сохранять его конфиденциальность.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «УГМК-Медицина»

почтовый и телеграфный индекс, адрес страховщика и банка

Страхователь: _____

почтовый и телеграфный индекс, адрес страхователя и банка

К настоящему договору прилагается:

Страховщик

Страхователь

*С Правилами ДМС ознакомлен
и согласен, экземпляр Правил получил:*

Дата

Подпись

**ДОГОВОР
ИНДИВИДУАЛЬНОГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

г. Екатеринбург

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «УГМК - Медицина», имеющее лицензию Банка России СЛ 3313 от 31.07.2015г., в лице генерального директора Леонтьева Игоря Леопольдовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **СТРАХОВЩИК**, с одной стороны, и _____, в, именуемый в дальнейшем **Страхователь**, с другой Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик в соответствии с законодательством РФ и Правилами страхования ООО СМК «УГМК-Медицина» (Приложение №1) принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья Застрахованного лица, в пределах оговоренной договором суммы (страховой суммы).

1.2. Объектом страхования по настоящему Договору являются имущественные интересы, связанные с оплатой:

– организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг;

– проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

1.3. Страховым случаем является совершившееся событие из числа указанных в пункте 2 соответствующей программы страхования (Приложение №2), приведшее к возникновению расходов на организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных программой(ами) страхования, в организациях из числа предусмотренных договором или иных организациях помимо предусмотренных договором, если это обращение организовано и/или согласовано со Страховщиком и повлекшее обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

1.4. Объем услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованному лицу), определяется программой страхования (Приложение №2).

1.5. Медицинские организации, в которых Страхователь (Застрахованное лицо) по настоящему договору вправе получить медицинские и связанные с ними услуги при наступлении страхового случая, указаны в Приложении №3 к настоящему договору. Перечень медицинских организаций может быть дополнен дополнительным соглашением по согласованию Сторон.

По согласованию со Страхователем Страховщик вправе организовать необходимую медицинскую помощь в медицинских организациях помимо приведенных в Приложении №3.

1.6. Застрахованным лицом по настоящему договору является гражданин

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, паспортные данные)

1.7. Страховщик выдает Страхователю (Застрахованному лицу) полис добровольного медицинского страхования не позднее 7 дней с момента поступления страхового взноса на расчетный счет Страховщика.

1.8. Страхователь, заключивший настоящий договор добровольного медицинского страхования в пользу другого лица, прав застрахованного не приобретает.

2. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

2.1. Общая страховая сумма составляет _____ руб.

(сумма прописью)

Страховая сумма по программе «_____» составляет: _____ руб.

Страховая сумма по программе «_____» составляет _____ руб.

2.2. Страховая премия по программе 1 _____ руб.
(сумма прописью)
Страховая премия по программе 2 _____ руб.
(сумма прописью)
Общая страховая премия _____ руб.
(сумма прописью)

Страховая премия вносится _____

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страхователь имеет право:

3.1.1. требовать предоставления Страхователю (Застрахованному лицу) в медицинских организациях медицинских и связанных с ними услуг, определенных Программой страхования в соответствии с настоящим Договором;

3.1.2. расширить Программу страхования, изменить уровень страхового обеспечения, уплатив при этом дополнительную страховую премию. Размер страховой премии и порядок оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему Договору;

3.2. Страхователь обязан:

3.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и в сроки, определенные разделом 2 настоящего Договора и/или дополнительным соглашением к нему;

3.2.2. предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;

3.2.3. ознакомить Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по настоящему Договору, условиями получения медицинских и связанных с ними услуг, передать Застрахованному лицу полис медицинского страхования;

3.2.4. уведомить Застрахованное лицо и предоставить по запросу Страховщика его письменное согласие (если Застрахованным является дееспособное физическое лицо) на:

3.2.4.1. обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в полисе (а также иных персональных сведений, полученных Страховщиком во время действия договора страхования), любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», с целью исполнения договора страхования;

3.2.4.2. ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица экспертами Страховщика в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях проведения экспертизы объемов и качества медицинской помощи.

3.3. Страховщик имеет право:

3.3.1. в случае сомнений в достоверности представленных в «Анкете Застрахованного лица» сведений потребовать от Страхователя предоставить все необходимые документы, подтверждающие данные, указанные в Анкете Застрахованного, в 7-дневный срок со дня запроса Страховщика;

3.3.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;

3.3.3. инициировать изменение страховой суммы по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования.

3.3.4. в пределах страховой суммы устанавливать лимиты ответственности по Программам медицинского страхования.

3.4. Страховщик обязан:

3.4.1. выдать Страхователю (Застрахованному лицу) полис медицинского страхования в соответствии с п.1.7 настоящего Договора;

3.4.2. обеспечить предоставление Страхователю (Застрахованному лицу) медицинских и связанных с ними услуг в соответствии с Программой страхования и своевременно осуществлять их оплату в пределах страховой суммы, указанной в п.2.1. настоящего Договора;

3.4.3. в случае, если медицинская организация на момент обращения Страхователя (Застрахованного лица) не может обеспечить оказание ранее согласованных услуг в соответствии с Программой страхования, организовать оказание данных услуг в другой медицинской организации;

3.4.4. защищать права Застрахованного лица в отношениях с медицинскими организациями в части организации медицинской помощи;

3.4.5. обеспечить конфиденциальность в отношении Страхователя (Застрахованного лица) и защиту его персональных данных в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных».

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования прекращает действие и Страхователь (Застрахованное лицо) теряет право на получение медицинских и связанных с ними услуг по договору в случае:

4.1.1. Истечения срока действия договора;

4.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору в полном объеме, т.е. в случае оказания Страхователю (Застрахованному лицу) услуг на сумму равную страховой ответственности, и/или в случае исчерпания установленных лимитов, и/или исполнения Страховщиком иных предусмотренных договором страхования условий;

4.1.3. Смерти Застрахованного лица.

4.2 Действие договора страхования может быть прекращено досрочно:

4.2.1. по соглашению сторон;

4.2.2. по инициативе Страхователя;

4.2.3. по инициативе Страховщика в случае неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные настоящим Договором сроки и размерах;

4.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в сроки и в размерах, установленных разделом 2 настоящего Договора по истечении 10 рабочих дней с даты, установленной для уплаты страховой премии или очередного страхового взноса, Страховщик может приостановить действие договора, а в дальнейшем полностью прекратить его действие, направив письменное уведомление Страхователю.

4.4. При досрочном прекращении действия договора страхования по инициативе Страхователя:

4.4.1. в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования:

4.4.1.1. в полном размере при отказе от договора до даты начала действия страхования;

4.4.1.2. с удержанием Страховщиком части страховой премии, исчисленной пропорционально сроку действия договора, при отказе от него после даты начала действия страхования.

4.5. В случае отказа Страхователя от договора страхования после 14-ти календарных дней со дня его заключения страхователю возвращается часть уплаченной страховой премии при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, в период от начала действия настоящего договора до даты его досрочного прекращения. При возврате уплаченной страховой премии страхователю страховщик удерживает ее часть пропорционально сроку действия настоящего договора, прошедшему с даты начала его действия до даты прекращения его действия

4.6. При досрочном прекращении действия договора по инициативе Страховщика в соответствии с п.4.2.3. настоящего Договора страховая премия возврату не подлежит.

4.7 Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этого лица.

5. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Страховая выплата осуществляется в виде оплаты (возмещения) затрат на организацию и оказание медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья Застрахованного лица, при наступлении страховых случаев, которые предусмотрены в п. 1.3. настоящего Договора.

5.2. Страховщик оплачивает медицинские услуги и иные услуги, связанные с расстройством здоровья Застрахованного лица, на основании счетов, представленных ему соответствующими организациями в размере, не превышающем суммы, указанной в направлении Страховщика.

5.3. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги только в пределах страховой суммы, установленной в п.2.1. настоящего Договора.

5.4. Страховым случаем не являются и оплате Страховщиком не подлежат затраты, возникшие в связи со следующими событиями:

5.4.1. обращение Страхователя (Застрахованного лица) в медицинскую организацию в связи:

- с получением травматического повреждения в результате совершения Страхователем (Застрахованным лицом) действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением себе телесных повреждений.

5.4.2. обращение Страхователя (Застрахованного лица) в медицинскую организацию за получением услуг:

- которые не предусмотрены настоящим договором;
- в медицинской организации без направления страховщика за исключением случаев, предварительно согласованных со Страховщиком;
- в медицинской организации, не предусмотренной настоящим договором и не согласованной со Страховщиком;
- в период приостановления Страховщиком действия настоящего договора, или до вступления его в силу, или после окончания действия договора.

5.4.3. обращение Страхователя (Застрахованного лица) в медицинскую организацию за получением услуг, указанных в соответствующих Программах страхования в качестве не подлежащих оплате.

5.5. Решение об отказе в оплате стоимости оказанных услуг принимается врачебной комиссией Страховщика и доводится до Страхователя / Застрахованного лица либо иного лица, заявляющего требование о страховой выплате, в течение 3-х рабочих дней с момента принятия решения. Указанное решение направляется в письменном виде посредством услуг ФГУП «Почта России» на адрес, указанный в заявлении на страховую выплату / заявлении на заключение договора страхования. При несогласии Страхователя (Застрахованного лица) с решением врачебной комиссии отказ Страховщика в оплате услуг может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ и договором страхования.

5.6. Если по каким-либо причинам Страхователь (Застрахованное лицо) был вынужден оплатить необходимые медицинские или иные услуги, связанные с расстройством здоровья, самостоятельно за свой счет (преимущественно в медицинских (аптечных) организациях других субъектов РФ или за пределами РФ), Страховщик может возместить понесенные Страхователем / Застрахованным лицом расходы непосредственно ему наличными деньгами или перечислением на его счет.

5.6.1. затраты признаются обоснованными, если они соответствуют положениям настоящего Договора, а также подтверждаются документами, перечисленными в п. 5.7. настоящего Договора, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным лицом) лицом в полном объеме;

5.6.2. заявление Страхователя (Застрахованного лица) на страховую выплату принимается не позднее 60 календарных дней после получения им медицинских и связанных с ними услуг;

5.6.3. Страховщик в течение 10 рабочих дней с момента предъявления заявления и всех необходимых документов принимает решение о признании страхового случая или отказе в страховой выплате, составляет страховой акт, являющийся основным документом для выплаты страхового возмещения;

5.6.4. страховая выплата производится в течение 10-ти рабочих дней со дня подписания страхового акта. Днем выплаты страхового возмещения считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика;

5.6.5. В случае, если представленные документы не дают возможности принять решение о страховой выплате, Страховщик имеет право запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного решения в соответствии с п.5.7., а также производить экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, отсрочив принятие решения о страховой выплате на дополнительный срок до 30.

5.6.6. В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица либо выгодоприобретателя) от предоставления запрашиваемых документов Страховщик имеет право произвести

страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной представленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате

5.6.7. В случае непредоставления лицом, обратившимся за страховым возмещением, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, срок осуществления страховой выплаты приостанавливается до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик уведомляет обратившееся лицо о факте приостановки и о необходимости предоставить недостающие сведения любым доступным способом (по телефону, посредством sms-уведомления, посредством услуг ФГУП «Почта России») на основании контактных данных, указанных в заявлении на страховую выплату / заявлении на заключение договора страхования.

5.7. Для осуществления страховой выплаты в соответствии с п.5.6. настоящего Договора Страхователь (Застрахованное лицо) должно предоставить Страховщику следующие документы:

- заявление на страховую выплату в адрес Страховщика;
- оплаченный счет с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости;
- квитанция и кассовый чек;
- выписка из истории болезни или другой документ, подтверждающий получение Страхователем (Застрахованным лицом) оплаченной им услуги, и заверенный подписью и печатью медицинской организации;
- заверенная копия лицензии медицинской организации на право заниматься соответствующим видом деятельности;
- иные документы по требованию Страховщика в соответствии с п.10.4. Правил добровольного медицинского страхования.

Все перечисленные документы за исключением лицензии медицинской организации предоставляются в оригинальном виде.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор заключается на срок _____.

6.2. Договор страхования вступает в силу _____

6.3. Действие настоящего Договора может быть приостановлено Страховщиком в одностороннем порядке в случае неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в сроки и в размерах, установленных разделом 2 настоящего Договора по истечении 10 рабочих дней с даты, установленной для уплаты страховой премии или очередного страхового взноса

6.4. Действие настоящего Договора приостанавливается Страховщиком в одностороннем порядке в случае нарушения Страхователем обязанности, предусмотренной п.3.2.4. настоящего Договора.

6.5. Во время приостановления действия настоящего Договора медицинские и связанные с ними услуги Страхователю (Застрахованному лицу) не оказываются.

6.6. Возобновление действия договора осуществляется с момента устранения причин, повлекших приостановление.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «УГМК-Медицина» _____

почтовый и телеграфный индекс, адрес страховщика и банка

Страхователь: _____

почтовый и телеграфный индекс, адрес страхователя и банка

К настоящему договору прилагается:

Страховщик

Страхователь
С Правилами ДМС ознакомлен
и согласен, экземпляр Правил получил:

ДОГОВОР
индивидуального добровольного медицинского страхования
№

г. Екатеринбург

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «УГМК - Медицина», имеющее лицензию Банка России СЛ 3313 от 31.07.2015г, в лице _____, действующего на основании _____ именуемое в дальнейшем СТРАХОВЩИК, с _____ одной стороны, и _____, в, именуемый в дальнейшем Страхователь, с другой Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик в соответствии с законодательством РФ и Правилами страхования ООО СМК «УГМК-Медицина» принимает на себя обязательство за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг, связанных с расстройством здоровья Застрахованного лица, в пределах оговоренной договором суммы (страховой суммы) на условиях выбранной программы страхования.

1.3. Страховым случаем является свершившееся событие из числа указанных в п.2 Программы страхования, повлекшее в течение срока страхования обращение в медицинскую, аптечную, сервисную и/или иную организацию из числа определенных и/или согласованных со Страховщиком за услугами, предусмотренными программой страхования.

1.4. Объем услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованному лицу), определяется программой страхования _____ (Приложение №1).

1.5. Медицинские услуги, определенные программой страхования _____, оказываются в следующих _____ медицинских _____ организациях:

1.6. Застрахованным лицом по настоящему договору является:

_____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, паспортные данные)

1.7. Страхователь, заключивший настоящий договор добровольного медицинского страхования в пользу другого лица, прав застрахованного не приобретает.

2. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

2.1. Размер страхового взноса _____

2.2. Страховой взнос подлежит уплате единовременно.

2.2. Размер страховой суммы _____

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

3.1. Договор заключается на срок с ____ по ____

3.2. Договор вступает в силу с _____

3.3. Договор может быть прекращен досрочно по соглашению сторон. В случае отказа Страхователя от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения при отсутствии событий,

имеющих признаки страхового случая, оплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования:

3.3.1. в полном размере при отказе от договора до даты начала действия страхования;

3.3.2. с удержанием Страховщиком части страховой премии, исчисленной пропорционально сроку действия договора, при отказе от него после даты начала действия страхования.

3.4. При отказе Страхователя от настоящего договора после 14-ти календарных дней со дня его заключения Страхователю может быть возвращена часть страховых взносов, исчисленных пропорционально за не истекший к моменту досрочного прекращения срок действия договора страхования за вычетом расходов страховой организации, включая расходы на ведение дела. Возврат страховой премии осуществляется только в отношении оплаченной части страховой премии, предусмотренной настоящим договором.

3.5. Договор прекращается досрочно в случае, когда страховые выплаты на возмещение стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг достигнут страховой суммы, указанной в п. 2.2 настоящего Договора, и/или в случае исчерпания установленных лимитов, и/или исполнения Страховщиком иных предусмотренных договором страхования условий;

4. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

4.1. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменном виде по согласованию сторон.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке.

6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК: ООО «Страховая медицинская компания «УГМК-Медицина» , лицензия СЛ 3313 от 31.07.15

620075, г.Екатеринбург, ул. Первомайская, 15 ; ИНН 6661087851 КПП 667001001 р/сч 40701810900000000278 в ООО КБ «Кольцо Урала», г. Екатеринбург к/сч 30101810500000000768 БИК 046577768 тел: +7 (343) 204-75-10

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

Подписывая настоящий договор Страхователь (Застрахованное лицо) дает согласие на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в полисе (а также иных персональных сведений, полученных Страховщиком во время действия договора страхования), любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных» с целью исполнения договора страхования.

Страховщик

получил:

Страхователь

Экземпляр Правил ДМС и программу

Приложение 3.1
к Правилам ДМС
ООО СМК «УГМК-Медицина»
от 06.05.2019

В ООО СМК «УГМК-Медицина»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о коллективном добровольном медицинском страховании

Страхователь:

_____ /
наименование предприятия, юридический адрес

_____ /
банковские реквизиты

_____ /
должность, фамилия, имя, отчество
просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК - Медицина» от _____ г. договор страхования в пользу работников _____
Количество застрахованных – _____ человек сроком на _____.
по программе страхования _____
Правила страхования от _____ г., страховая программа и перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь застрахованным, получены:

Страхователь _____ / _____ /

М.П.

Дополнительные условия заключения договора

Страхователь: _____

« _____ » _____ 20__ года

_____ /
М.П.

_____ /
подпись

РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА

Принимается на страхование: _____ человек.

На срок 1 год: с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Страховая премия: _____

Страховая премия вносится Страхователем _____.

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

_____ /
И.Л.Леонтьев
м.п.

_____ /
м.п.

Приложение 3.2
к Правилам ДМС
ООО СМК «УГМК-Медицина»
от 06.05.2019

ООО СМК «УГМК-Медицина»

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования по программе «_____» на срок _____, застрахованным по которым будет являться:
ФИО д.р _____

Адрес: _____

Паспорт, серия _____ № _____, выдан _____

Данный договор заключается на добровольной основе. С условиями страхования и порядком внесения страхового взноса ознакомлен(а) и полностью согласен(а).

О возможности получения услуг медицинской помощи на условиях программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Свердловской области информирован(а).

Страхователь получил:

- программу страхования,
- правила ДМС в действующей редакции;
- _____ (иные документы при необходимости).

Даю согласие на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами моих и застрахованного персональных данных, полученных Страховщиком при заключении договора страхования, любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. "О персональных данных" с целью исполнения договора страхования.

Дата _____ 201_ г.

Подпись _____ /расшифровка/ _____

Приложение 3.3
к Правилам ДМС
ООО СМК «УГМК-Медицина»
от 06.05.2019

ООО СМК «УГМК-Медицина»

Паспорт: серия _____ № _____
Выдан: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования по программе
«_____» на срок
_____, застрахованным по которым будет являться:

ФИО д.р. _____

Адрес: _____

Паспорт, серия _____ № _____, выдан _____

Данный договор заключается на добровольной основе. С условиями страхования и порядком внесения страхового взноса ознакомлен(а) и полностью согласен(а).

Страхователь получил:

- программу страхования,
- список ЛПУ, предоставляющих медицинские услуги;
- правила ДМС в действующей редакции;
- _____ (иные документы при необходимости).

Застрахованное лицо не состоит на учете по инвалидности.

Даю согласие на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами моих и застрахованного персональных данных, полученных Страховщиком при заключении договора страхования, любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. "О персональных данных" с целью исполнения договора страхования.

Дата _____ 201__ г.

Подпись _____ /расшифровка/ _____

**АНКЕТА СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА),
заключающего договор добровольного медицинского страхования****СТРАХОВАТЕЛЬ:** _____
(фамилия, имя, отчество)**Застрахованный** _____
(фамилия, имя, отчество)

Домашний адрес: _____

Год рождения: _____

Вид страхования: добровольное медицинское**ВОПРОСЫ К СТРАХОВАТЕЛЮ (Застрахованному):**

1. Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями? (да, нет)

Если «Да», то какими? _____
(перечислить)

2. Лечились ли Вы в стационаре? (за последний год) (да, нет)

Если «ДА», то по поводу какого заболевания? _____

3. Находитесь ли Вы на диспансерном учете? (да, нет)

Если «ДА», то по поводу какого заболевания? _____

4. Сколько раз в году Вы имеете больничный лист по одному заболеванию? _____

5. Профессия (должность) в настоящее время _____

6. Профессия (должность) в течение последних пяти лет (перечислить с указанием периода работы):

Мною предоставлены достоверные данные о состоянии здоровья

*О возможности расторжения договора страхования в случае предоставления ложных сведений предупрежден.

С моих слов записано верно


СТРАХОВАТЕЛЬ

«__» _____ 200__ г.

(подпись)**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** определена группа медицинского риска - **0 1 2 3 4**
(нужное обвести)

Приложение 5.1
к Правилам ДМС
ООО СМК «УГМК-Медицина»
от 06.05.2019

ОБРАЗЕЦ
(лицевая сторона)

 <p>УГМК Медицина страховая медицинская компания</p>	<p>Страховой полис / Договор индивидуального добровольного медицинского страхования</p>	<p>Экземпляр Страхователя</p>
<p>Настоящий договор индивидуального добровольного медицинского страхования (далее Полис) заключен на основании действующей редакции Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина». Настоящий полис дает Застрахованному лицу право на получение услуг на условиях программы страхования _____ (Приложение 1). Перечень страховых рисков указан в п.2 Программы. Медицинские услуги оказываются _____</p>		
<p>Страховщик: ООО «Страховая медицинская компания «УГМК-Медицина» лицензия СЛ 3313 от 31.07.2015 620075, г.Екатеринбург, ул. Первомайская, 15 ; ИНН 6661087851 КПП 667001001 р/сч 40701810900000000278 в ООО КБ «Кольцо Урала», г. Екатеринбург к/сч 30101810500000000768 БИК 046577768 тел: +7 (343) 204-75-10</p>		
<p>Страхователь:</p>		
<p>Документ:</p>		
<p>Адрес:</p>		
<p>Застрахованное лицо:</p>		
<p>Адрес:</p>		
<p>Страховой случай</p>		
<p>Страховая сумма:</p>		
<p>Страховая премия:</p>		
<p>Срок страхования:</p>		
<p>Дополнительные условия:</p>		
<p>Подписи сторон:</p>		
<p>Страхователь: Подписывая настоящий Полис Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает, что он ознакомлен с действующей редакцией Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина» и дает согласие на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в полисе (а также иных персональных сведений, полученных Страховщиком во время действия договора страхования), любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных» с целью исполнения договора страхования. Программу страхования _____ получил.</p>		
<p>Представитель Страховщика:</p>		
<p>Дата выдачи полиса</p>	<p>М.П.</p>	


Приложение 5.2
к Правилам ДМС
ООО СМК «УГМК-Медицина»
от 06.05.2019

ОБРАЗЕЦ
(обратная сторона)

Приложение 1 к договору индивидуального добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА
Добровольного медицинского страхования
« _____ »

ОБРАЗЕЦ

 **УГМК Медицина**
Страховая компания

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «УГМК-Медицина»
Лицензия Банка России СП №3313 от 31.07.2015 г.
620075, г. Екатеринбург, ул. Первомайская, 15
ИНН 6661087851. КПП 667001001. Р/сч 40701810300261004555 в ф-л Банка ГПБ (АО) в г. Екатеринбурге
К/сч 3010181036577000411. БИК 046577411. Тел./факс +7 (343) 204-75-10. www.ugmk-medicina.ru

ПОЛИС

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА, ВРЕМЕННО ПРЕБЫВАЮЩИХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Настоящий договор индивидуального добровольного медицинского страхования (далее Полис) заключен на основании действующей редакции Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина. Настоящий полис дает Застрахованному лицу право на получение услуг на условиях программы страхования «Неотложная страховая ответственность - Классика» (Приложение 1). Перечень страховых рисков указан в п.2 Программы. Перечень медицинских организаций, на базе которых оказываются медицинские услуги, указан в п.7 Программы.

Страхователь:

Пол: _____ Дата рождения: _____ Гражданство: _____
Адрес: _____

Документ: _____

Контактная информация:
Для ИП: _____

Застрахованное лицо:

Пол: _____ Дата рождения: _____ Гражданство: _____
Документ: _____
Адрес: _____

Контактная информация:
Страховая сумма: _____

Страховая премия:
Порядок уплаты страховой премии: _____ одновременно _____
Срок действия договора: с 00ч. 00 мин. _____ по 24 ч. 00 мин. _____

Страхование, обусловленное настоящим договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие в течение срока действия договора, но не ранее даты начала действия разрешения на работу или патента

Территория действия договора: Свердловская область

Дополнительные условия: Договор заключен на условиях «до первого страхового случая» по системе первого риска. Страховая сумма агрегатная. Страховщик уведомляет страхователя и застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы до размера менее чем 10 000 руб. в течение пяти рабочих дней с момента указанного уменьшения посредством смс-оповещения или посредством услуг ФГУП «Почта России». В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Страхователя возврат уплаченной Страховщику страховой премии не осуществляется.

Подписи сторон:
Страхователь:
Подписывая настоящий Полис Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает, что он ознакомлен с действующей редакцией Правил добровольного медицинского страхования ООО СМК «УГМК-Медицина» и дает согласие на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в полисе (а также иных персональных сведений, полученных Страховщиком во время действия договора страхования), любыми способами в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных» с целью исполнения договора страхования. Программу страхования «Неотложная страховая ответственность - Классика» получил.

Представитель Страховщика:

Дата выдачи полиса _____ М.П. _____

© АО «СМК» / Екатеринбург, 2019 г. Форма №... Закрытая информация

Приложение 6
к Правилам ДМС
ООО СМК «УГМК-Медицина»
от 06.05.2019

ОБРАЗЕЦ

ООО Страховая
медицинская компания
«УГМК-Медицина»
тел.: (343)283-85-83

СТРАХОВОЙ ПОЛИС
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Серия 0002 № 19983

По настоящему полису _____
фамилия, имя, отчество

_____ под рождения, пол, социальное положение

_____ место работы

_____ адрес постоянного места проживания, телефон

имеет право получать медицинскую помощь по договору добровольного
медицинского страхования от " ____ " ____ 20__ г.
№ _____ на период действия с " ____ " ____ 20__ г.
по " ____ " ____ 20__ г. в соответствии с программой (ми)
добровольного медицинского страхования _____

С условиями страхования,
программой (ми) и правилами согласен: _____

_____ фамилия, имя, отчество страхового агента

_____ название организации _____ подпись страхового агента

число, месяц, год _____ печать М.П.