Приложение №6
к Протоколу продуктового комитета
№49/2025 от 02.10.2025

ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

«Полис здоровья»

№ _____ от _____

Настоящий договор добровольного медицинского страхования **«Полис здоровья»**, являющийся офертой (далее – Договор страхования), заключен в г. Москве на основании устного заявления Страхователя в соответствии с Правилами страхования № МС-3, утвержденными приказом Страховщика от 23.04.2025 № 237-ОД (далее – Правила страхования) на условиях Программы добровольного медицинского страхования **«РАСШИРЕННАЯ (вариант «детская»)»** (далее программа ДМС**).**

На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ акцептом настоящего Договора страхования считается принятие Договора страхования, что подтверждается оплатой страховой премии в соответствии с условиями, содержащимися в Договоре страхования. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст настоящего Договора страхования и/или в Программу ДМС, применяются к Договору страхования и/или Программе ДМС и обязательны для Страхователя, Застрахованного лица (Выгодоприобретателя).

1. СТРАХОВЩИК

Общество с ограниченной ответственностью «РСХБ-Страхование жизни», лицензии Банка России СЛ № 4358 (добровольное личное страхование, за исключением добровольного страхования жизни), выданы без ограничения срока действия.
Место нахождения: 119034, г. Москва, пер. Гагаринский, д. 3, эт.1, пом. II, комн.18
Адрес Офиса сопровождения договоров страхования, для почтовой корреспонденции, курьерской доставки и личных обращений: 123112, г. Москва, 1-й Красногвардейский проезд, д. 19. Режим работы: пн.-чт. 09:00-18:00, пт. 09:00-16:45, сб.-вс. выходной день. Сайт Страховщика: www.rshbins-life.ru
Банковские реквизиты: Расчётный счёт: 40701810400000000160; ИНН 7704447253; Банк получателя: АО «РОССЕЛЬХОЗБАНК», г. Москва, БИК Банка получателя: 044525111, Корр. счет: 30101810200000000111.

2. СТРАХОВАТЕЛЬ. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

2.1**. Страхователь:**

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: _____ г. пол: ___ Гражданство: Российская Федерация
Место рождения: _____
Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____
кем выдан: _____
дата выдачи _____ г. код подразделения: _____
Адрес места жительства (регистрации) _____
Адрес места пребывания: _____
ИНН РФ (при наличии): _____ СНИЛС РФ (при наличии): _____
Контактная информация: телефон(ы): _____ адрес электронной почты: _____

2.2. **Застрахованное лицо**:
Ф.И.О.: _____
Дата рождения: _____ г. пол: __ Гражданство: Российская Федерация
Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____
кем выдан: _____
дата выдачи _____ г. код подразделения: _____
Адрес места жительства (регистрации) _____
Адрес места пребывания: _____
ИНН РФ (при наличии): _____ СНИЛС РФ (при наличии): _____
Контактная информация: телефон(ы): _____ адрес электронной почты: _____

2.3. **Выгодоприобретатель:** Застрахованное лицо

3. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховой риск: **Добровольное медицинское страхование**

3.2. Программа добровольного медицинского страхования (далее Программа ДМС): **Программа добровольного медицинского страхования «РАСШИРЕННАЯ (вариант «детская»)»** (приложение №1 к Договору страхования).

3.3. Страховыми случаями по Договору страхования являются события, указанные в п. 4.2. Правил страхования**.**

3.4. Страховая сумма: **200 000 (Двести тысяч)** руб.

Страховая сумма является агрегатной. Иные лимиты ответственности в части предоставления медицинских и/или иных услуг в денежном выражении и/или в натуральном выражении (в том числе по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней и т.п.) указаны в программе ДМС.

3.5. Территория оказания медицинских и/ил иных услуг (территория страхования): **Российская Федерация.**

3.6. События, которые не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия), и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить организацию оказания и оплаты медицинских и/или иных услуг, а также основания освобождения Страховщика от страховой выплаты и отказа в страховой выплате содержатся в разделе 6 Правил страхования и в программе ДМС.

3.7. Страховая выплата производится в натуральной форме. Страховщик в счет страховой выплаты организовывает оказание Застрахованному лицу медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, а также производит оплату за оказанные медицинские и иные услуги привлеченным медицинским и иным организациям.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Общая страховая премия по Договору страхования: _____ рублей.

4.2. Страховой тариф по Договору страхования: _____ % за весь срок страхования.

4.3. Страховая премия подлежит оплате единовременно в день заключения Договора страхования.

4.4. Если страховая премия не будет уплачена в срок, установленный Договором страхования, или будет уплачена в ином размере, чем указано в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, поступившие денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю в полном объеме в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования действует: с 00 час 00 мин_____ г. по 24 час 00 мин _____ г., при условии уплаты страховой премии в размере и срок, установленные в разделе 4 Договора страхования.

5.2. Срок страхования совпадает со сроком действия настоящего Договора страхования.

5.3. Договор страхования имеет **период охлаждения -** 30 (Тридцать) календарных дней со дня, следующего за днем заключения Договора страхования (включительно). При этом, если последний день периода охлаждения приходится на нерабочий /праздничный день, днем окончания периода охлаждения считается ближайший следующий за ним рабочий день. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования, когда дата прекращения Договора приходится на период охлаждения (как он определен в настоящем пункте) и при условии отсутствия в период действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик производит возврат 100 % уплаченных денежных средств в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя.

5.4. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования до истечения срока, на который он был заключен, в случае непредставления Страховщиком Ключевого информационного документа / предоставления в Ключевом информационном документе неполной или недостоверной информации о Договоре страхования в соответствии с требованиями нормативных актов Центрального банка Российской Федерации и при условии отсутствия в период действия страхования событий, имеющих признаки страхового случая. В этом случае Страховщик обязан возвратить Страхователю страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

5.5. Оплачивая Договор страхования на новый срок, не позднее 30 (тридцатого) дня, после окончания срока действия Договора страхования, Страхователь подтверждает возобновление действия Договора страхования на настоящих условиях на новый срок, составляющий 1 (один) год.

Оплата страховой премии в целях возобновления действия договора страхования может осуществляться на основании Заявления на периодическое перечисление денежных средств (заранее данный акцепт) с банковского счета или иным способом, согласованным со Страховщиком.

Новый договор будет направлен на электронную почту, указанную при заключении Договора страхования.

В случае, если в указанный в настоящем пункте период времени страховая премия не поступила Страховщику, либо поступила не в полном объеме, Договор страхования считается не заключенным на новый срок страхования. Не полностью оплаченная сумма страховой премии подлежит возврату Страхователю, как ошибочно уплаченная, в течении 20 (двадцати) рабочих дней.

Страхование, обусловленное возобновлением Договора страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания предыдущего Договора страхования при условии уплаты страховой премии до окончания действия настоящего Договора страхования.

При уплате страховой премии в период 30 (тридцати) календарных дней, после окончания срока действия настоящего Договора страхования, страхование, распространяется на страховые случаи, произошедшие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии.

6. ДЕКЛАРАЦИЯ И СОГЛАСИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

6.1. Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что на дату заключения Договора страхования:

6.1.1. Застрахованное лицо является гражданином Российской Федерации;

6.1.2 бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь и целью установления Страхователем деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги.

6.1.3. имеет стабильное финансовое положение и положительную деловую репутацию.

6.1.4. ни Страхователь, ни Застрахованное лицо не является гражданином США, лицом, имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, а также, что в отношении Страхователя и Застрахованного отсутствуют любые иные основания для распространения на них законодательства США о налогообложении иностранных счетов.

6.1.5. ни Страхователь, ни Застрахованное лицо не имеют регистрации, места жительства /нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое(-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ, а также не являются субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и/или санкций Европейского совета.

6.2. Страхователь (являясь законным представителем Застрахованного ребёнка (если применимо)) в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 22.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» дает согласие на предоставление ООО «РСХБ-Страхование жизни» любыми медицинскими организациями и (или) частными врачами, у которых ребенок проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, а также согласие на предоставление ООО «РСХБ-Страхование жизни» данных по факту своей смерти из Социального фонда России (включая его отделения), из органов записи актов гражданского состояния, иных органов / организаций / учреждений, располагающих такой информацией. Страхователь согласен, что получение ООО «РСХБ-Страхование жизни» сведений о нем, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае смерти. Данное согласие имеет силу и действует с даты подписания настоящего Договора страхования до истечения 6 (шести) лет после прекращения Страховщиком обязательств по настоящему Договору страхования.

Письменное согласие законного представителя Застрахованного ребёнка, не являющегося Страхователем, на предоставление в отношении вышеуказанных сведений Страхователь обязуется предоставить ООО «РСХБ-Страхование жизни» в течение 1 (одного) рабочего дня по первому требованию.

6.3. Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию, Страхователь настоящим свободно, своей волей и в своем интересе выражает свое_____ООО «РСХБ-Страхование жизни» (ОГРН 5177746158948, ИНН 7704447253, адрес регистрации: 119034, г. Москва, пер. Гагаринский, д. 3) (далее – Страховщик) и организациям Банковской группы, с которыми осуществляется взаимодействие ООО «РСХБ-Страхование жизни», в том числе: АО «Россельхозбанк» 119034, г. Москва, Гагаринский переулок, дом 3; ООО «РСХБ-Финансовые консультации» 119034, г. Москва, Гагаринский пер., д. 3., именуемым вместе «Банковская группа», в соответствии с п. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38- ФЗ «О рекламе» на информирование меня о существующих и/или вводимых в действие продуктах и услугах Страховщика и Банковской группы, на получение предложений по продуктам, услугам, сервисам Страховщика и Банковской группы путем осуществления прямых контактов со мной при помощи сетей электросвязи по усмотрению Страховщика и Банковской группы, включая, но не ограничиваясь, почтовую рассылку, электронную почту, телефонную связь, систему IVR (Interactive Voice Response – система самообслуживания (с голосовым меню), доступная при звонке в Контактный Центр АО «Россельхозбанка» (далее – Банк), позволяющая получить информацию в автоматическом режиме (без соединения с оператором), либо соединиться с оператором Контактного Центра Банка по тематике, выбранной клиентом в голосовом меню системы), SMS информирование, Push – уведомление, факсимильную связь, сеть Интернет (включая экосистемы Банка «Мое время», «Финансовый радар» и «Свое жилье»). Для указанных целей Страховщик и Банковская группа вправе использовать адреса регистрации и(или) адреса фактического проживания (для почтовых рассылок), номера телефонов, факсов и(или) адреса электронной почты (для всех указанных способов взаимодействия, кроме почтовых рассылок), предоставленные мной Страховщику и Банковской группе, а также личные кабинеты в экосистемах Банка «Мое время», «Финансовый радар» и «Свое жилье».

Настоящим Страхователь дает заверение, что указанные в настоящем Согласии каналы связи, в том числе, номер(а) мобильного(ых) телефона(ов) принадлежат Страхователю (Застрахованному лицу) на законных основаниях и Страхователь (Застрахованное лицо) вправе предоставлять в отношении них согласие на получение рекламы. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен, что отказ от предоставления согласия на получение информационных и (или) рекламных сообщений не является основанием для отказа в предоставлении услуг Страховщика и иных компаний Банковской группы.

6.4. Информация о страховой услуге предоставлена ему в доступной форме и все специальные термины разъяснены и понятны, в частности, Страхователь подтверждает, что ознакомлен и согласен с условиями страхования и исключениями из страхового покрытия, с объемом медицинских и иных услуг и порядком организации и оказания таких услуг, указанными в Программе ДМС, с условиями об агрегатной страховой сумме и лимитами ответственности, указанными в Программе ДМС, с территорией оказания услуг, с положениями, связанными со страховыми выплатами, а также основаниями для отказа в страховой выплате, а также с условиями досрочного прекращения Договора страхования.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор страхования, включая Программу ДМС (приложение №1 к Договору, (далее Договор страхования)) заключен в соответствии с Правилами страхования, которые прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью. Согласно волеизъявлению Страхователя, Правила страхования вручаются ему путем размещения Правил страхования на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» по адресу: _____. Страхователь ознакомлен, что по его требованию Страховщик обязан выдать Правила страхования на бумажном носителе.

7.2. В случае расхождения условий Правил страхования и условий Договора страхования положения Договора страхования имеют приоритетную силу по отношению к Правилам страхования. Во всем, что не предусмотрено положениями Договора страхования, стороны руководствуются Правилами страхования.

7.3. Информация о текущем состоянии Договора страхования может быть предоставлена Страхователю путем размещения сведений в личном кабинете на официальном сайте Страховщика, ссылка на который имеется в разделе «Страховщик» настоящего Договора страхования и/или мобильном приложении, а также может быть предоставлена в документарной форме по письменному запросу Страхователя, направленному по адресу Страховщика, указанному в разделе «Страховщик» настоящего Договора страхования, и/или в электронной форме (в случае, если Страхователем в письменном запросе предоставлен адрес электронной почты).

7.4. Стороны пришли к соглашению, что подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика и не требует проставления уполномоченным представителем Страховщика собственноручной подписи и оттиска печати.

7.5. Настоящий Договор страхования составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Никакие отметки (а также дополнения, исправления и т. п.), сделанные на Договоре страхования от руки, не имеют юридической силы, если их верность не засвидетельствована собственноручными подписями Сторон и оригинальным оттиском печати Страховщика.

7.6. Страхователь подтверждает, что вся информация, изложенная в настоящем Договоре страхования, является полной, достоверной и действительной на дату предъявления предоставленных им сведений, а также принимает на себя ответственность за полноту и достоверность сведений, и обязуется незамедлительно сообщить Страховщику об изменении всех обстоятельств, указанных в настоящем Договоре страхование.

7.7. Заключая Договор страхования и оплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что:

- до заключения Договора страхования получил и ознакомился с Ключевым информационным документом об условиях договора добровольного страхования;
- Договор страхования и Правила страхования ему вручены, Страхователь их принял, с ними ознакомлен и согласен.

Приложения:

- Программа добровольного медицинского страхования «РАСШИРЕННАЯ (вариант «детская»)»
- Правила страхования (под термином «прилагаются» в отношении Правил страхования понимается размещение Правил страхования на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет»).

СТРАХОВЩИК:

_____ /_____

М.п. аналог собственноручной подписи и печати

Приложение №1
К Договору страхования _____ от _____

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«РАСШИРЕННАЯ (вариант «детская)»

Настоящая программа добровольного медицинского страхования **«РАСШИРЕННАЯ (вариант «детская»)** разработана на основании Правил страхования№ МС-3, в редакции, действующей на момент заключения договора страхования (далее Программа ДМС).

В рамках настоящей программы Страховщик (ООО «РСХБ-Страхование жизни») при наступлении страхового случая организует предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуги в объеме, предусмотренном настоящей Программой, и в счет страховой выплаты производит их оплату привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги.

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в период действия договора страхования за Медицинскими услугами и/ или иными услугами, организованными Сервисной компанией – уполномоченным представителем Страховщика (далее – Сервисная компания)**.**

Сервисная компания – общество с ограниченной ответственностью «Диджитал Медикэл Оперейшнс» (сайт компании: https://www.doctis.ru), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС в одной из медицинских организаций (список медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте: https://www.doctis.ru/ochnoe-poseschenie-vracha).

Телефон круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании по телефону **8 (800) 500-02-99**

Застрахованным лицом по Программе ДМС является ребенок в возрасте от 1 до 17 лет включительно, на дату начала действия Программы ДМС.

Срок действия программы 1 год.

Территорией организации и оказания услуг по Программе ДМС - Российской Федерации.

ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В РАМКАХ НАСТОЯЩЕЙ ПРОГРАММЫ ДМС:

Медицинские услуги:
– Амбулаторно-поликлиническая помощь в связи с обращением Застрахованного лица[1] по поводу острого заболевания/ состояния, обострения хронического заболевания.
– Дистанционные (телемедицинские) консультации с дежурными врачами, врачами профильных специальностей – без ограничений по количеству.
– Дистанционные (телемедицинские) консультации с врачами профильных специальностей по ранее, поставленному диагнозу, по предоставленным медицинским документам (услуга «Второе мнение») – без ограничений по количеству.
– Дистанционный мониторинг Застрахованного лица по заболеваниям: ОРЗ, ОРВИ, грипп, Covid-19 и по следующим впервые установленным в период действия Договора страхования заболеваниям: онкология, гипертония, сахарный диабет.
Иные услуги:
Услуги телефонного медицинского пульта (**24** часа в сутки/ **7** дней в неделю) Сервисной компании:
– консультирование Застрахованного лица по вопросам получения услуг, предусмотренных Программой ДМС;
– подбор Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на получение Медицинской услуги;
– онлайн-сопровождение Застрахованного лица и координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения;
– консультирование по медицинским препаратам, их составу и алгоритму приема;
– организация перевода Застрахованного лица, ранее экстренно госпитализированного в государственную больницу, для оказания Услуг Экстренной стационарной помощи – 1 (один) раз в период действия Договора страхования
1. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ
1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь[2]:

[1] Далее по тексту Программы упоминание термина Застрахованное лицо в равной степени подразумевает под собой и Застрахованное лицо ребенок и представитель несовершеннолетнего Застрахованного лица (с учетом того, что применимо)

[2] При невозможности организовать Медицинскую услугу в населенном пункте нахождения Застрахованного лица, такая Медицинская услуга может быть организована в ближайшем населенном пункте, без оказания услуг по транспортировке и проживанию Застрахованного лица.

1.1.1. Лечебно-диагностические приемы **детских** врачей: педиатр, акушер-гинеколог, оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург, дерматолог, аллерголог-иммунолог, пульмонолог, гастроэнтеролог, проктолог, кардиолог, невролог, эндокринолог, маммолог, онколог.
1.1.2. Экспертиза трудоспособности: выдача листков временной нетрудоспособности, справка освобождения от учебы или посещения дошкольных учреждений.
1.1.3. Оформление и выдача медицинской документации: выписка рецептов, кроме льготных, выписка из амбулаторной карты (по запросу).
1.1.4. Инструментальные методы исследования по назначению врача по медицинским показаниям:
– УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, щитовидной железы, малого таза, молочных желез – не более **2** (двух) раз за период действия Договора страхования;
– ЭГДС с тестом на хеликобактер пилори, колоноскопия), колоноскопия, не включая наркоз – не более **2** (двух) раз за период действия Договора страхования;
– рентгенологическая диагностика включая маммографию (кроме исследований с применением контраста и функциональных проб) не более **2** (двух) раз за период действия Договора страхования;
– ЭКГ, ЭХО-КГ; холтеровское мониторирование – **1** (один) раз за период действия Договора страхования;
– тредмил-тест, дуплексное сканирование сосудов – **1** (один) раз за период действия Договора страхования.
1.1.5. Лабораторная диагностика по назначению врача по медицинским показаниям:
– общеклинические, цитологические исследования (не более **5** (пяти) показателей по одному диагнозу)– без ограничений;
– иммунологические исследования (общий IgE, скарификационные пробы) – до **10** (десяти) аллергенов за период действия Договора страхования - **1** (один) раз за период действия Договора страхования.;
– серологические (не более **5** (пяти) показателей по одному диагнозу) - не более **2** (двух) раз за период действия Договора страхования;
– гормональные (ТТГ, гормоны щитовидной железы) – не более **2** (двух) раз за период действия Договора страхования;
– микробиологические исследования (бактериальные посевы лор, гинекология, урология, со стандартным спектром чувствительности), определение возбудителей инфекций методом ПЦР (не более **5** (пяти) показателей по одному заболеванию) - не более **2** (двух) раз за период действия Договора страхования.
– Биохимические - не более **2** (двух) раз за период действия Договора страхования
1.1.6. Хирургические и малоинвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по назначению врача по медицинским показаниям), в том числе под местной анестезией: ПХО ран, удаление вросшего ногтя, вскрытие и дренирование абсцессов, перевязки – без ограничений.
1.1.7. Услуги процедурного кабинета: подкожные, внутримышечные, внутривенные струйные инъекции по назначению врача по медицинским показаниям – без ограничений.
1.2. Телемедицинские услуги[3]:
Дистанционные (телемедицинские) консультации с использованием онлайн сервиса «Доктис», проводимые врачами-консультантами сети клиник «Мать и дитя» и других ведущих медицинских центров:
1.2.1. Дистанционные (телемедицинские) консультации с дежурными врачами (педиатр, акушер-гинеколог) – без ограничений по количеству;
1.2.2. Дистанционные (телемедицинские) консультации с врачами профильных специальностей, указанных в п.**1.1.1. Программы ДМС,** по предварительной записи – без ограничений по количеству;
1.2.3. Дистанционные (телемедицинские) консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу, по предоставленным медицинским документам (услуга «Второе мнение») – по предварительной записи без ограничений по количеству;
1.2.4. Дистанционный мониторинг Застрахованного лица по заболеваниям: ОРЗ, ОРВИ, грипп, Covid-19 и по следующим впервые установленным в период действия Договора страхования заболеваниям: онкология, гипертония, сахарный диабет, по следующим показателям:

Заболевание/ направление	**Стандартные показатели**	**Специфические показатели, в зависимости от диагноза, на усмотрение специалиста Сервисной компании**
ОРВИ/ОРЗ		– питание – количество раз /день

[3] Оборудование, используемое для получения Медицинской услуги, должно соответствовать требованиям к оборудованию и программному обеспечению, указанным в п.3.1.3 Программы ДМС. Страховщик и Сервисная компания, организовывающая оказание Медицинской услуги, не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным Медицинской услуги, возникшую из-за оборудования.

Грипп	температура, давление	– уровень сахара в крови – дефекация/мочеиспускание – кашель – сатурация – краткий опрос по самочувствию иные показатели по рекомендации дежурного врача педиатра.
Covid-19		
Гипертония		
Сахарный диабет		
Онкология	по назначению лечащего врача, с учетом типа (вида) онкологии и состояния Застрахованного лица	

1.3. Услуги Экстренной стационарной помощи:

Услуги Экстренной стационарной помощи предоставляются по согласованию со Страховщиком после обращения Застрахованного лица[4], ранее экстренно госпитализированного в государственную больницу[5], на круглосуточный медицинский пульт Сервисной компании по телефону **8 (800) 500-02-99** – **1** (один) раз за период Программы ДМС[6]. Срок госпитализации – не более **5** (пяти) календарных дней.
Максимальный срок госпитализации может быть увеличен до **7** (семи) календарных дней по медицинским показаниям при наличии согласования с Сервисной организацией.

Программой покрывается:

1.3.1. Организация перевода Застрахованного лица*:

- в **3-4** местную палату (палату «стандартной» комфортности) государственной больницы, в которую ранее был госпитализирован больной, при отсутствии противопоказаний, при наличии такой возможности, при наличии мест, в дни, когда такой перевод возможен в государственной больнице, либо
- в **3-4** местную палату (палату «стандартной» комфортности) иной Медицинской организации (больницы), чем был госпитализирован больной, при отсутствии противопоказаний, при наличии такой возможности, при наличии мест, с условием возможности использования медицинского транспорта Медицинской организации (стационара), в которую переводится Застрахованное лицо, в дни, когда такой перевод возможен в государственной больнице и иной Медицинской организации.

*Для Застрахованных лиц в возрасте от **0** до **4** лет, включительно, перевод в **3-4** местную палату «стандартной» комфортности осуществляется совместно с одним из его родителей (его законным представителем).

2. ИНЫЕ УСЛУГИ

2.1. Услуги телефонного медицинского пульта Сервисной компании **24** часа в сутки/ **7** дней в неделю по номеру **8 (800) 500-02-99**, включают в себя:

2.1.1. Консультирование Застрахованного лица по вопросам получения услуг, предусмотренных Программой ДМС;

2.1.2. Подбор Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на визит к врачу/обследование;

2.1.3. Онлайн-сопровождение и координацию получения Застрахованным лицом Медицинских услуг на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения;

2.1.4. Консультирование по медицинским препаратам, их составу и алгоритму приема;

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения Медицинских услуг и Иных услуг в рамках Программы ДМС, Застрахованному необходимо обратиться в Сервисную компанию одним из способов:

3.1.1. Для получения очных услуг необходимо обратиться на медицинский пульт Сервисной компании по телефону: **8 (800) 500-02-99**.

3.1.2. Для получения онлайн-услуг – в личном кабинете на сайте www.Doctis.ru или в Приложении «Доктис». Для обращения через личный кабинет необходимо пройти процесс регистрации в мобильном приложении «Доктис», доступном для скачивания в App Store для iOS и Google Play для Android или на сайте www.doctis.ru и активировать Договор страхования. При активации Договора страхования необходимо указать номер Договора страхования, фамилию, имя и отчество Застрахованного лица, а также предоставить согласие на обработку персональных данных, в том числе медицинских.

3.1.3. Технические требования к оборудованию и программному обеспечению.

При использовании персонального компьютера:

---

[4] Здесь и далее по тексту Застрахованное лицо- в лице его представителя (для несовершеннолетних лиц)

[5] Вызов службы скорой медицинской помощи (112/ 103) осуществляется представителем Застрахованного лица самостоятельно.

[6] В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лицо из стационара, но не более **30** (тридцати) календарных дней с даты, следующей за датой окончания действия Договора страхования.

–	- подключенная к компьютеру видеокамера с разрешением не ниже 1024 х 720 (в случае, если выбран способ получения услуг с использованием видеосвязи);
–	- подключенный к компьютеру микрофон (в случае, если выбран способ получения услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
–	- операционная система MS Windows версией не ниже XP, Linux (Debian, Ubuntu, Mint и другие не старше 2014 года), Mac OS Lion и старше;
–	- обозреватель интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
–	- канал доступа в интернет не ниже 1 Мбит/сек.
–	При использовании мобильных устройств:
–	- iOS 8.0 или более поздняя версия;
–	- Android 4.1 или более поздняя версия;
3.2.	При организации оказания Медицинской услуги в рамках амбулаторно-поликлинической помощи (п. **1.1.** Программы ДМС), сотрудник медицинского пульта Сервисной компании согласует с Застрахованным лицом время визита в Медицинскую организацию, дает рекомендации по подготовке к получению Медицинской услуги.
3.3.	Застрахованное лицо вправе отменить визит в Медицинскую организацию не позднее, чем за **24** часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании. В случае, если Застрахованное лицо дважды отменил визит в Медицинскую организацию менее чем за **24** часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени, Сервисная компания вправе отказать впоследствии в повторной организации таких услуг.
3.4.	Для получения дистанционных (телемедицинских) консультаций, предусмотренных п.**1.2.** Программы ДМС необходимо:
3.4.1.	установить мобильное приложение «Доктис» на телефон[7] и зарегистрироваться;
3.4.2.	оставить заявку на дистанционную (телемедицинскую) консультацию в мобильном приложении «Доктис», в случае возникновения вопросов позвонить по телефону Сервисной компании 8 (800) 500-02-99.
3.4.3.	перед началом дистанционной (телемедицинской) консультации необходимо разместить в личном кабинете все имеющиеся на руках результаты/заключения медицинских исследований/консультаций, полученных до такой консультации в рамках Программы ДМС.
3.4.4.	предоставление услуг дистанционного мониторинга осуществляется после обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию по направлению сотрудника медицинского пульта Сервисной компании. Услуги дистанционного мониторинга могут быть оказаны при обязательном ежедневном размещении Застрахованным в личном кабинете соответствующих показателей, указанных в п .**1.2.4.** Программы ДМС.
3.4.5.	Для получения услуг Экстренной стационарной помощи, с учетом положений п. **1.3.** Программы ДМС, Застрахованному (его законному представителю) необходимо позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8(800) 500-02-99.
3.4.6.	Для получения Иных услуг, предусмотренных Разделом **2** Программы ДМС, Застрахованному необходимо позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной компании 8 (800) 500-02-99.
4.	**ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДМС (**когда применимо по возрасту и полу**)**
Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию с целью получения медицинских и/или иных услуг по событиям/заболеваниям/расходам/услугам, указанным в разделе 6 Правил страхования, а также предусмотренных в настоящем разделе (с учетом того, что применимо по полу и/или возрасту):	
4.1.	Не оказываются Медицинские услуги и Иные услуги:
–	лицам, которые на дату начала действия Договора страхования находятся на стационарном лечении;
–	лицам, находящимся в алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении, а также по полученным ими в этом состоянии травмам, острым отравлениям;
–	при расстройстве здоровья, связанном с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство
–	при комбинированных заболеваниях, где в диагнозе фоновым или конкурирующим или сочетанным заболеванием указаны алкогольная/ наркотическая интоксикация, абстинентные синдромы, интоксикация токсическими, психотропными веществами, суррогатами алкоголя.
4.2.	Не оказываются Медицинские услуги и Иные услуги, необходимые в результате:

[7] Полный функционал доступен только при использовании мобильного приложения.

– отравления/ интоксикации (острого или хронического) алкоголем, суррогатами алкоголя, наркотическими или токсическими веществами, неизвестным ядом, психотропными или галлюциногенными веществами, неустановленным веществом или медицинским препаратом, не назначенным надлежащим образом врачом;
– заболевания, вызванного употреблением алкоголя, его суррогатов, наркотических, психотропных, токсических веществ или медицинских препаратов, не назначенных надлежащим образом врачом;
– делирия или абстинентного синдрома.
4.3. Не оказываются Медицинские и Иные услуги, необходимые для лечения следующих патологических состояний или заболеваний Застрахованного лица лица и их осложнений (независимо от даты установления диагноза):
– лимфомы, миеломы, болезни Ходжкина, меланомы, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития T3N0M0 по классификации TNM, любой другой опухоли, не проникшей в сосочково-ретикулярный слой; всех гиперкератозов или базально-клеточных карцином кожи; всех эпителиально-клеточных раков кожи при отсутствии прорастания в другие органы; саркомы Капоши и других опухолей, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией или СПИД; рака предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b, T1c) по классификации TNM, онкологических заболеваний глаз, внутреннего уха;
– любого вида опухоли или кисты мозга, черепа или спинного мозга;
– ВИЧ, а также в результате любого заболевания при наличии у Застрахованного лица ВИЧ-инфекции;
– иммунопатологических состояний и иммунодефицитов;
– инфекций, передающихся преимущественно половым путем, и их осложнений, а также уреаплазмоз, урогенитальный микоплазмоз, гарднереллез, папилломовирусная инфекция - лечение и контроль с момента постановки диагноза);
– особо опасных инфекционных болезней, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие вирусные геморрагические лихорадки, заболевания, представляющие угрозу для окружающих8;
– лучевой болезни;
– психических расстройств и расстройств поведения, эпилепсии, алкоголизма, наркомании, токсикомании, олигофрении;
– кондуктивной и нейросенсорной тугоухости;
– туберкулеза, саркоидоза, лепры, муковисцидоза;
– любых врождённых аномалий (пороки развития), деформаций и хромосомных нарушений, врожденных заболеваний и их осложнений;
– аутоиммунных заболеваний и их осложнений, системных заболеваний соединительной ткани (в том числе ревматизм, системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, в том числе все недифференцированные коллагенозы), болезни Бехтерева, воспалительных артропатий (ревматоидный артрит, подагра);
– заболеваний, сопровождающихся почечной или печеночной недостаточностью, требующих проведения экстракорпоральных методов очищения крови, в том числе хронический гломерулонефрит (нефротическая и смешанная формы), хронического пиелонефрита с нарушением функции почек;
– хронической обструктивной болезни легких, тяжелое течение;
– гепатитов любой этиологии (после постановки диагноза), цирроза печени;
– системного поражение скелета, пороков развития опорно-двигательного аппарата;
– врожденных инфекционных и паразитарных болезней;
– орфанных заболеваний; последствий родовой травмы, детского церебрального паралича, перинатальной энцефалопатии;
– аномалий рефракции, пресбиопии, хориоретинальных дистрофий, амблиопий, катаракты, дистрофических заболеваний глаз, косоглазия, болезни хрусталика, глаукомы/преглаукомы;
– заболеваний, состояний, сопровождающихся хронической полиорганной недостаточностью;
– системного или облитерирующего атеросклероза;
– продолжения лечения, полученного вне Программы ДМС (кроме п.**1.3.** Программы ДМС);
– состояния после пересадки органов;

[8] Под особо опасными инфекциями понимаются инфекционные (паразитарные) болезни, включенные в перечень заболеваний (в действующей редакции), утвержденный Постановлением Правительства Российской Федерации, от 31.01.2020 г. N 66 "О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих", представляющих опасность для окружающих.

– системных атрофий, поражающих преимущественно центральную нервную систему, демиелинизирующих и дегенеративных болезней центральной нервной системы, болезней нервно-мышечного синапса и мышц, рассеянного склероза; стойких нарушений функции центральной или периферической нервной системы, в том числе вследствие ранее перенесенных заболеваний или травм.
4.4. Не оказываются Медицинские услуги и Иные услуги, необходимые для лечения диагностированных патологических состояний или заболеваний Застрахованного лица и их осложнений (независимо от даты установления диагноза):
– состояний, требующих регулярного приема препаратов, понижающих уровень сахара в крови и/или понижающих артериальное давление, регулярного приема препаратов для лечения заболеваний сердца;
– иммуносупрессивной терапии;
– диагностированных ишемической болезни сердца, стенокардии, кардиомиопатии, инфаркта миокарда;
– гипертонической болезни (артериальная гипертензия) **3**-й стадии или **3** степени;
– эндокринных заболеваний, сопровождающихся выраженной недостаточностью функции желез внутренней секреции, в том числе сахарного диабета **1** и **2** типа и его осложнений, гипотиреоза, состояний, связанных с менопаузой; нейрообменно-эндокринных синдромов (ожирение, климактерические расстройства);
– хронических кожных заболеваний, включая пузырчатку, атопический дерматит, нейродермит, экзему, псориаз, микозы;
– бесплодие;
– онкологическое заболевание любой стадии и локализации.
4.5. Программа ДМС не включает следующие Медицинские услуги:
– приемы, консультации врачей высшей категории, врачей с ученой степенью, званием, заведующих отделениями и их заместителей, врачей не указанных в Программе ДМС специальностей;
– внеплановые наблюдения, диспансерные наблюдения, проводимые по желанию Застрахованного лица;
– традиционные методы лечения и оздоровления: аромо-, фито- и гирудотерапия, гомеопатия, диагностика по методу Фолля, аурикуло и иридодиагностика, иглорефлексотерапия;
– лечебную физкультуру (ЛФК);
– подбор корригирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств);
– диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью; дородовое наблюдение; родовспоможение, прерывание беременности;
– ведение беременности (после ее установления)[9];
– приемы логопеда, диетолога;
– реабилитационно-восстановительное лечение;
– исследования гормонального и иммунного статуса;
– курсовые врачебные манипуляции и процедуры, в том числе курсовое аппаратное лечение, в офтальмологии, отоларингологии, урологии, гинекологии, дерматовенерологии;
– диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и пр.), ногтей; кожи (удаление кондилом и папиллом, мозолей, бородавок, контагиозных моллюсков, невусов, акне);
– диагностика и лечение плоскостопия;
– все виды вакцинации (кроме противостолбнячной сыворотки);
– анестезиологическое пособие, в т.ч. все виды общего наркоза (за исключением услуг, прямо предусмотренных Программой ДМС);
– услуги в связи с контрацепцией;
– диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или с косметической целью, или с целью улучшения психологического состояния пациента, склеротерапия вен, коррекция веса;
– выезд на дом врачей – узких специалистов, проведение врачебных диагностических и лечебных манипуляций на дому; выезд на дом процедурной медсестры с проведением манипуляций и процедур; выезд на дом массажиста с проведением процедур;
– гидроколонотерапию, внутривенную лазеро- и озонотерапию, гипербарическую и нормобарическую оксигенацию, гипокситерапию;

[9] Если беременность наступила в период действия Договора страхования, Договор сохраняет свою силу только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью, родами и их осложнениями.

–	проведение любых профилактических осмотров, диспансеризаций, в том числе профилактических осмотров детей декретированных возрастов, услуги, проводимые по желанию Застрахованного лица, в том числе проводимые в срочном порядке без медицинских показаний;
–	медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок на право приобретения и ношения оружия, управления транспортным средством, посещение спортивно-оздоровительных учреждений, для оформления выезда за границу, для поступления в учебные заведения, санаторно-курортной карты и т.п.;
–	услуги, не назначенные врачом (без медицинских показаний);
–	услуги скорой медицинской помощи;
–	экстренные стационарные услуги, кроме случаев, предусмотренных п.**1.3.** Программы ДМС;
–	услуги, не предусмотренные Программой ДМС;
–	услуги за пределами РФ;
–	услуги вне установленного графика работы Медицинской организации;
–	экспериментальные и исследовательские методы диагностики и лечения, не прошедшие клинических испытаний, не утвержденные и не зарегистрированные в Государственном реестре новых медицинских технологий (например, лечение стволовыми клетками).
4.6.	Программа ДМС не включает следующие Медицинские услуги:
–	услуги по диагностике и лечению импотенции, генетические исследования;
–	генетические исследования на мутации в генах BRCA1 и BRCA2;
–	сложные углубленные методы исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография, импедансометрия, сцинтиграфия, рентгеноконтрастные исследования, функциональные методы диагностики: суточное мониторирование АД;
–	транскраниальное ультразвуковое сканирование сосудов и структур головного мозга, УЗДГ артерий и вен конечностей, УЗИ БЦА;
–	аллергенспецифическая иммунотерапия, в том числе СИТ;
–	лечебные процедуры и манипуляции, проводимые СО-2 лазером, радиоволновым скальпелем, в т.ч. в гинекологии, дерматологии, урологии, лор, хирургии;
–	комплекс обследований, проводимый в качестве предоперационной подготовки и перед госпитализацией;
–	плановые стационарные услуги;
–	услуги, связанные процедурой ЭКО и переносом эмбриона.
4.7.	Не оплачиваются расходы на приобретение:
4.7.1.	на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов;
4.7.2.	на приобретение медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов или имплантатов, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений и расходы на их подгонку.