

Приложение № 5
к распоряжению от 04.09.2015 №24

ДОГОВОР № МР ____ - _____
добровольного медицинского страхования

г. _____ « ____ » _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» (ООО СК «Альянс Жизнь»), именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик на основании Правил добровольного медицинского страхования и программы ДМС Индивидуальная (Приложение 5 к Правилам ДМС ООО СК «Альянс Жизнь»), утвержденных Приказом от 31.07.2015 №179, далее именуемые - Правила ДМС (Приложение 1 к настоящему Договору) обязуется за обусловленную настоящим Договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором, при наступлении страхового случая осуществить организацию и оплату медицинских услуг Застрахованным лицам (согласно п.1.2 Договора) в соответствии с условиями настоящего Договора.

Объектом добровольного медицинского страхования (далее ДМС) являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

1.2. Страховым случаем по страховой медицинской программе «Allianz ДМС Защита от клеща» является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования, за получением медицинской (профилактической, лечебной, диагностической, консультативной, восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, и др.) помощи при прикреплении (присасывании) клеща, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату расходов на получение медицинских и иных услуг, в соответствии с программой и условиями договора страхования.

1.2.1. Застрахованными лицами (или Застрахованными) являются физические лица, указанные в Приложении 3 к настоящему Договору и/или определенные дополнительными соглашениями Сторон.

1.3. Перечень видов медицинской помощи, входящих в страховую медицинскую программу «Allianz ДМС Защита от клеща» для каждого из Застрахованных, а также перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обращаться за получением медицинских услуг, (программы страхования) указаны в Приложении 2 к настоящему Договору.

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

2.1. Общая численность застрахованных по настоящему Договору составляет _____ человек, в том числе:

_____	человек по программе страхования	_____
_____	человек по программе страхования	_____
_____	человек по программе страхования	_____

Программы страхования (серии страхового полиса) Застрахованных определяются Приложением 2 к настоящему Договору.

2.2. Страховая сумма на одного Застрахованного по настоящему Договору составляет:

- по риску расходов на амбулаторно-поликлиническое обслуживание – _____ рублей,
- по риску расходов на стационарную помощь – _____ рублей,

- по риску расходов на восстановительное лечение – _____ рублей.

2.3. Размер страховой премии на одного Застрахованного составляет:

	рублей в год для		человек по программе страхования	
	рублей в год для		человек по программе страхования	
	рублей в год для		человек по программе страхования	

2.4. Общая сумма страховой премии по настоящему Договору составляет _____ рублей.

2.5. Страховая премия подлежит оплате Страхователем единовременно в полном объеме (согласно п.2.4) в срок не позднее 5 рабочих дней с даты подписания Договора безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика (НДС не облагается).

2.7. Страховая премия (страховой взнос) считается уплаченной в день зачисления ее на расчетный счет Страховщика.

2.8. При изменении в составе Застрахованных страховая премия уплачивается Страхователем за каждого нового Застрахованного в полном объеме вне зависимости от оставшегося срока страхования.

2.9. Размер страховой премии по отдельным программам страхования не может быть увеличен Страховщиком в отношении уже застрахованных по настоящему Договору лиц, за исключением случаев, указанных в настоящем Договоре.

3. ОФОРМЛЕНИЕ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПОЛИСОВ. ИЗМЕНЕНИЕ СОСТАВА ЗАСТРАХОВАННЫХ И ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ.

3.1. Страховщик в течение 10 рабочих дней с момента представления Страхователем списков Застрахованных по форме согласно Приложению 3 к настоящему Договору (в том числе при внесении изменений в состав Застрахованных и программу страхования) и оплаты страховой премии (страхового взноса) за данных Застрахованных передает Страхователю именные страховые медицинские полисы установленной формы на каждого Застрахованного.

3.2. Страхователь в срок не позднее 10-ти рабочих дней с момента получения от Страховщика страховых медицинских полисов (п. 3.1 Договора) передает их каждому Застрахованному.

3.3. В течение срока действия настоящего Договора по инициативе Страхователя могут быть изменены: количество Застрахованных, программы страхования Застрахованных (перечень медицинских учреждений).

3.4. Общий порядок внесения изменений в состав Застрахованных и программы страхования.

3.4.1. О необходимости внесения изменений в условия настоящего Договора Страхователь должен известить Страховщика не позднее, чем за 10 дней до предполагаемого начала их действия, при этом дата начала действия изменений и возможность внесения изменений должна устанавливаться с учетом пункта 3.5 настоящего Договора.

3.4.2. В случае включения в состав Застрахованных по настоящему Договору новых лиц, Страхователю необходимо представить списки Застрахованных установленной формы (Приложение 3 к настоящему Договору).

3.4.3. До момента внесения изменений настоящий Договор сохраняет силу в отношении Застрахованных, указанных в ранее представленных списках. Условия настоящего Договора полностью распространяются на вновь внесенных в списки застрахованных лиц, если иное не установлено дополнительным соглашением Сторон.

3.4.4. Изменения состава Застрахованных, программ страхования, оформляются дополнительными соглашениями к настоящему Договору, подписываемыми Сторонами.

3.4.5. Исключение Застрахованного лица из состава застрахованных по инициативе Страхователя по настоящему Договору влечет прекращение исполнения Страховщиком обязательств в отношении данного Застрахованного и оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору.

3.4.6. Внесение Страхователем изменений в состав Застрахованных прекращается за 3 месяца до окончания срока действия настоящего Договора.

3.5. Начало действия изменений в составе Застрахованных, программе страхования Застрахованных по настоящему Договору допускается только с 1 или 15 числа каждого месяца¹ в зависимости от перечня выбранных медицинских учреждений.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. УСЛОВИЯ ПРОДЛЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.²

¹ Иные условия могут применяться только по согласованию с андеррайтером и руководителями подразделений по подготовке и сопровождению договоров ДМС.

² Для всех видов страхования, предусмотренных настоящим Договором.

4.1. Настоящий Договор заключен сроком на один год. Настоящий Договор вступает в силу в 00 ч. 00 мин. _____ г. и действует до 24 ч. 00 мин. _____ г.

4.2. В случае если за 2 месяца до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не известила письменно другую Сторону о намерении прекратить настоящий Договор, то настоящий Договор может быть пролонгирован при условии уплаты Страхователем страховой премии за очередной год страхования в размере, определенном соглашением Сторон. Пролонгация настоящего Договора оформляется дополнительным соглашением Сторон с указанием нового срока действия.

4.3. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных законодательством. О намерении досрочного расторжения настоящего Договора Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения настоящего Договора.

4.4. При прекращении исполнения Страховщиком обязательств по настоящему Договору в отношении одного или нескольких Застрахованных (досрочном расторжении настоящего Договора в отношении одного или нескольких Застрахованных) возврат Страхователю части страховой премии (страхового взноса) не производится.

4.5. При неуплате страховой премии по Договору страхования в сроки, определенные п. 2.4 настоящего Договора, договор не вступает в силу и аннулируется.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН³

5.1. Страхователь имеет право:

- расторгнуть досрочно настоящий Договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику,
- изменять по согласованию со Страховщиком в течение срока действия настоящего Договора программу страхования или иные условия настоящего Договора страхования (в соответствии с п.3.3 настоящего Договора), заключая дополнительные соглашения к настоящему Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для настоящего Договора страхования;

5.2. Страхователь обязан:

- уплачивать своевременно и в полном объеме обусловленные настоящим Договором страховую премию (страховые взносы);
- обеспечивать сохранность документов по настоящему Договору;
- не позднее, чем за 10 рабочих дней до даты начала действия Договора, представить Страховщику списки Застрахованных по установленной форме (Приложение 3 к Договору);
- довести до сведения Застрахованных условия настоящего Договора, Правила страхования и программы страхования,
- получать согласие застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по настоящему Договору страхования,
- обеспечить получение согласия Застрахованных на обработку Страховщиком персональных данных (включая данные о состоянии здоровья) любыми необходимыми Страховщику для исполнения договора страхования способами (включая передачу органам федеральной налоговой инспекции, иным государственным органам, а также медицинским учреждениям, указанным в настоящем Договоре страхования) на период: с даты заключения договора страхования до истечения пятилетнего срока с даты его прекращения/исполнения.

5.3. Страховщик имеет право:

- проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящего Договора страхования;
- отказать в выплате страхового возмещения в случае установления того, что Страхователь или Застрахованные сообщили заведомо ложные сведения;
- досрочно расторгнуть настоящий Договор страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных при неисполнении Страхователем (Застрахованным) условий настоящего Договора с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения настоящего Договора страхования.

5.4. Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы и/или страховые карточки установленной формы;
- обеспечивать организацию и оплату медицинской помощи Застрахованным при наступлении страховых случаев в соответствии с Правилами страхования и условиями настоящего Договора;

³ Для всех видов страхования, предусмотренных настоящим Договором, кроме пп. по которым указано иное.

- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи оказанной Застрахованному в соответствии с его программой страхования;⁴
- обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Договора.

6.2. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая принятые на себя обязательства по настоящему Договору, возмещает другой стороне убытки в полном объеме (прямой реальный ущерб).

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

7.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. не зависящих и не могущих зависеть от волеизъявления Сторон (стихийные бедствия, военные действия, забастовки, массовые волнения), возникших после заключения настоящего Договора и препятствующих исполнению Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, исполнение настоящего Договора прекращается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне настоящего Договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обстоятельств.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. При возникновении спорных вопросов Стороны принимают все разумно необходимые меры для урегулирования их по согласованию Сторон.

8.2. Все споры, возникающие по настоящему Договору в процессе его исполнения, рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. При недостижении согласия споры рассматриваются в Арбитражном суде г. _____ (регион заключения) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Обработка персональных данных Застрахованных по настоящему договору, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях заключения и исполнения договора страхования, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

9.2. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил и в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее «ФЗ»), выражает свое согласие Страховщику - ООО СК «Альянс Жизнь», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30 на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных, включая персональные данные о состоянии здоровья, указанные в заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, включения персональных данных в информационную систему персональных данных (клиентскую базу данных группы компаний Альянс/Allianz).

Страхователь гарантирует, что передача персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей, в пользу Страховщика происходит с их письменного согласия.

Также Страхователь выражает согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ, в том числе трансграничную передачу от Страховщика в пользу группы компаний Альянс/Allianz, включая, но не ограничиваясь компанией – ОАО СК «Альянс», находящейся по адресу: Российская Федерация, 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30) своих персональных данных и персональных данных иных вышеперечисленных лиц, указанных в

⁴ Применительно к ДМС.

заявлении на страхование/договоре (Полисе) страхования и других документах, представленных при заключении договора (Полиса) страхования, в целях исполнения договора страхования.

Передача персональных данных происходит с соблюдением всех необходимых процедур и согласований, в строгом соответствии с действующим законодательством.

Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (Полиса) страхования и в течение 5 лет после окончания действия Договора (Полиса) страхования.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес ООО СК «Альянс Жизнь».

9.3. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация о программе страхования, сумме страховых взносов, а также сведения о заболеваниях Застрахованных и о факте их обращения за медицинской помощью.

Указанная в настоящем пункте информация не может быть использована Страховщиком или сотрудниками Страховщика иначе, как в целях выполнения обязательств Страховщика по настоящему Договору.

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

9.5. Страховщик обязуется соблюдать режим конфиденциальности относительно информации о заболеваниях Застрахованного, указанной им в Медицинской анкете, либо полученной Страховщиком в ходе исполнения настоящего Договора от медицинских учреждений. Страховщик обязуется предпринимать все зависящие от него меры в целях недопущения разглашения любым третьим лицам указанной информации, ставшей известной Страховщику или сотрудникам Страховщика в связи с исполнением настоящего Договора без письменного согласия Застрахованного каким-либо третьим лицам, в т.ч. Страхователю.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. После подписания настоящего Договора все предварительные документы по нему - переписка, предварительные соглашения, протоколы о намерениях и пр. - теряют юридическую силу.

10.2. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора.

10.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, в т.ч. касающиеся положений настоящего Договора, требующих взаимного согласия Сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

10.4.1. Данные контактных лиц, взаимодействующих по Договору:

со стороны Страховщика: _____ ФИО, должность, доверенность, адрес электронной почты;

со стороны Страхователя: _____ ФИО, должность, доверенность, адрес электронной почты.

10.5. Стороны обязуются оперативно извещать друг друга об изменении адресов, банковских реквизитов, телефонов, а также контактных лиц, взаимодействующих по Договору.

10.6. Приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

10.7. Настоящий Договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

11.1 **Страховщик:**

11.2 **Страхователь:**

12. Приложение:

1. Правила добровольного медицинского страхования, утвержденные приказом от 31.07.2015 №179.
2. Программы страхования.
3. Список Застрахованных.

От имени Страховщика

От имени Страхователя

М.П.

М.П.

Договор заключен при посредничестве агента _____ *, действующего на основании Агентского договора от _____ № _____

ОГРН _____

ФИО _____ / _____ (подпись) _____ печать агента **

** указывается наименование агента если это юридическое лицо или ИЧП, и ФИО агента если это физическое лицо*

*** только если агент юридическое лицо или ИЧП.*

Приложение 2
к договору страхования
№ _____
от _____

1. Список медицинских учреждений и видов медицинской помощи

Внимание! Альянс несет ответственность по организации и оплате медицинских услуг, полученных только в лечебных учреждениях, указанных в договоре страхования либо полученных в других лечебных учреждениях по направлению (согласованию) с Альянс.

№ п/п	Программа страхования/ Серия страхового полиса	Медицинское учреждение	Вид медицинской помощи

2. Объем и порядок получения медицинских услуг

Страховая медицинская программа «Allianz ДМС Защита от клеща» предусматривает организацию и оплату медицинской (лечебной, диагностической, консультативной) и иной помощи застрахованному в соответствии с выбранной программой при прикреплении (присасывании) клеща и возникновении заболевания (клещевого энцефалита, боррелиоза, эрлихиоза, бабезиоза), как следствия присасывания (присасывания) клеща.

Страховая медицинская программа «Allianz ДМС Защита от клеща» предусматривает следующие виды медицинской помощи:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе:

- Приемы, консультации и оказание медицинской помощи врачом–терапевтом;
- Приемы, консультации и оказание медицинской помощи врачами–специалистами: инфекционистом, аллергологом, иммунологом, невропатологом. Консультации аллерголога и иммунолога организуются по направлению лечащего врача при наличии медицинских показаний;
- Удаление присосавшегося клеща;
- Лабораторные исследования в объеме иммунологических, в том числе иммуносерологических исследований материалов клеща и крови Застрахованного по выявлению наличия возбудителей клещевого энцефалита, болезни Лайма (боррелиоза), эрлихиоза и бабезиоза с последующим предоставлением Застрахованному информации о результатах лабораторного исследования по телефону, а в случае положительного результата анализа - в письменном виде;
- Экстренная пассивная иммунизация специфическим противоклещевым иммуноглобулином высокого титра⁵ (по медицинским показаниям и назначению лечащего врача);
- Введение антибиотика широкого спектра действия по определенной схеме при наличии показаний и/или назначение курса медикаментозной профилактики при наличии показаний, при этом медикаменты по назначению приобретаются и оплачиваются Застрахованным самостоятельно;
- Динамическое наблюдение врача-инфекциониста в течение инкубационного периода возможного развития заболеваний, передаваемых с укусами клеща, включая повторные иммуносерологические исследования крови на титры специфических иммуноглобулинов (по медицинским показаниям и назначению врача), сроком до 45 (сорока пяти) дней от даты первичного обращения за амбулаторно-поликлинической помощью.

Иммунопрофилактика⁶, в объеме профилактической вакцинации против клещевого энцефалита, в том числе:

⁵ При отсутствии специфического иммуноглобулина высокого титра на момент обращения Застрахованного в ЛПУ и наличии медицинских показаний для проведения ему экстренной пассивной иммунизации специфическим противоклещевым иммуноглобулином высокого титра, допускается приобретение препарата Страхователем/Застрахованным в аптечной сети по рецепту врача базового ЛПУ программы страхования при условии предварительного согласования данного действия со Страховщиком с последующей выплатой компенсации Страхователю/Застрахованному в размере стоимости препарата при условии предоставления оригиналов документов: рецепта врача базового ЛПУ, кассового чека и счета-фактуры (товарного чека), заверенных подписью ответственного лица и печатью учреждения.

- Медицинский осмотр/консультация врачом - инфекционистом;
- Вакцинация от клещевого энцефалита (проводится вакцинами, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке в соответствии с инструкцией по их применению в сроки, установленные органами санитарно-эпидемиологического контроля на территории конкретного региона).
- При наличии медицинских противопоказаний к проведению вакцинации в указанные сроки, вакцинация проводится в другое время в соответствии с назначением врача - специалиста.

2. Стационарная помощь в объеме госпитализации по медицинским показаниям по поводу клещевого энцефалита, болезни Лайма (боррелиоза), эрлихиоза, бабезиоза, в том числе:

- Приемы и консультации специалистов
- Диагностические лабораторные и инструментальные исследования
- Лечебные манипуляции и процедуры
- Оперативное и анестезиологическое пособие
- Медикаментозная терапия
- Госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники. При экстренной госпитализации с привлечением службы муниципальной скорой медицинской помощи Страхователь/Застрахованный или его представитель должны известить Страховщика о госпитализации в течение 24 часов с момента поступления в стационар.

3. Восстановительное лечение (ВЛ) в объеме одного курса лечения в условиях профильных лечебных учреждений по поводу неврологических осложнений клещевого энцефалита, болезни Лайма (боррелиоза), эрлихиоза, бабезиоза, в том числе:

- Приемы, консультации специалистов
- Диагностические манипуляции и процедуры
- Лабораторные и инструментальные исследования
- Лечебные манипуляции и процедуры
- Медикаментозная терапия
- Применение естественных и преформированных физических факторов
- Лечебная физкультура и двигательные режимы
- Физиотерапевтическое лечение по показаниям

Нестраховые случаи и медицинские услуги, не входящие в страховую программу «Allianz ДМС Защита от клеща»

По типовой страховой программе «Allianz ДМС Защита от клеща» не признается страховым случаем предоставление медицинских и иных услуг:

- в соответствии с п.п. 4.2 и 4.3 Правил добровольного медицинского страхования ООО СК «Альянс Жизнь», утвержденных приказом от 31.07.2015 №179.
- в случае лечения заболеваний, не являющихся следствием прикрепления (присасывания) клеща, в т.ч. лечения сопутствующих заболеваний и любых иных заболеваний, выявленных в процессе оказания Застрахованному медицинской помощи и в течение срока действия Договора страхования по страховой программе «Allianz ДМС Защита от клеща»;
- по рискам (видам медицинской помощи) «Стационарная помощь», «Восстановительное лечение» в случае, если Застрахованному не была проведена либо Застрахованный отказался от проведения своевременной специфической иммунопрофилактики и/или курса медикаментозной профилактики в соответствии с действующими нормативами органов здравоохранения по порядку проведения профилактики заболевания клещевым энцефалитом, болезни Лайма (боррелиозу), эрлихиоза, бабезиоза после обнаружения прикрепления (присасывания) клеща на территории страхования (за исключением наличия медицинских противопоказаний, подтвержденной справкой из базового медицинского учреждения программы страхования). При этом, Страховщик не несет обязательств по организации и оплате дальнейшей медицинской помощи и оплате медицинских услуг по данному Договору страхования в рамках данного страхового случая.

Не оплачивается Страховщиком оказание следующих медицинских услуг:

- методы экстракорпорального воздействия на кровь⁷, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия и пр. Озонотерапия. Гипо-, нормо- и гипербарическая⁸ оксигенация.
- методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термомпунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, мануальная, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.);

⁶ Реализуется как дополнительная опция к риску «Амбулаторно - поликлиническая помощь».

⁷ за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации.

⁸ за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации.

- услуги психиатра, психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда, фонопеда, фоониатра. Услуги, оказываемые в оздоровительных, профилактических и косметических целях; Не оплачивается Страховщиком ортопедическое протезирование, слухопротезирование, трансплантация органов и тканей, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантантов (в том числе наборов для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.) и прочих медицинских изделий, медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

3. Порядок предоставления медицинской помощи

1. Организация медицинской помощи и оплата медицинских услуг по страховой программе «Allianz ДМС Защита от клеща» осуществляется только при обращении Застрахованного в лечебные учреждения, рекомендованные Страховщиком, или по предварительному согласованию со Страховщиком организации получения отдельных медицинских услуг в иных лечебных учреждениях.

2. Для получения медицинской помощи Застрахованный обязан не позднее 2-х суток от момента обнаружения прикрепления (присасывания) клеща обратиться в ЛПУ, предусмотренное Договором страхования.

3. Для получения услуг по иммунопрофилактике (вакцинации против клещевого энцефалита) Застрахованный в течение 7-ми рабочих дней после заключения Договора страхования должен обратиться в ЛПУ, предусмотренное договором страхования, или позвонить на медицинский Пульт и согласовать время и место проведения вакцинации.

4. Экстренная пассивная специфическая иммунизация против клещевого энцефалита проводится при соблюдении следующих условий:

– обращения за медицинской помощью не позднее 2–х суток от момента обнаружения прикрепления (присасывания) клеща;

– только застрахованным, которые не имеют документально подтвержденных данных о проведении им вакцинации против клещевого энцефалита в последние 12 (двенадцать) месяцев, а также тем, кому не была проведена экстренная пассивная специфическая иммунизация противоклещевым иммуноглобулином в течение последнего месяца.

5. Организация стационарной помощи, в том числе экстренной госпитализации и восстановительного лечения в специализированном лечебном учреждении, осуществляется и оплачивается Страховщиком при условии обращения Застрахованного за амбулаторно-поликлинической помощью в установленные Договором страхования сроки и проведения экстренной специфической иммунизации противоклещевым иммуноглобулином и/или курса медикаментозной профилактики клещевого энцефалита, болезни Лайма (боррелиоза), эрлихиоза, бабезиоза, назначенного врачом-специалистом базового ЛПУ по риску «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

6. При экстренной госпитализации Застрахованный или его представитель должны известить Альянс о госпитализации в течение 24 часов с момента поступления в стационар.

7. Курс восстановительного лечения организуется при обращении Застрахованного (его представителя) на медицинский пульт, указанный в полисе, на основании предоставленного в Отдел по организации медицинской помощи направления лечащего врача базового ЛПУ программы страхования «Allianz ДМС Защита от клеща» в срок не позднее 1 (одного) месяца от даты окончания курса стационарного лечения острого клещевого энцефалита, болезни Лайма (боррелиоза), эрлихиоза, бабезиоза.

При этом длительность оплачиваемого Страховщиком курса восстановительного лечения может быть сроком не более 14 (четырнадцати) календарных дней в период срока действия Договора страхования и в пределах страховой суммы, указанной в Договоре страхования по риску (виду медицинской помощи) «восстановительное лечение».

8. При необходимости, Застрахованному обеспечивается оформление необходимой медицинской документации, в том числе листов временной нетрудоспособности, первичных документов для прохождения медико-социальной экспертизы (при наличии на территории региона ЛПУ с соответствующей лицензией).

По всем вопросам, связанным с организацией медицинского обслуживания, Застрахованным необходимо обращаться по телефону _____

От имени Страховщика

От имени Страхователя

М.П.

М.П.

Приложение 3
к договору страхования
№ _____
от _____

Список застрахованных по Договору № _____

Прикрепление производится с _____ по _____
Программа страхования (серия полиса) _____

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Дата рождения	Гражданство	Паспортные данные	Адрес фактического проживания	ИНН (при наличии)	Домашний телефон	Должность, рабочий телефон

От имени Страховщика

М.П.

От имени Страхователя

М.П.

Заместитель Генерального директора

А.А. Кривошеев