

Программа добровольного медицинского страхования
«ИнгоМедицина. Поликлиника»
(индивидуальное страхование физических лиц)

По настоящей программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предусмотренные Программой медицинские услуги, предоставляемые застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при произошедших в течение действия страхования острым заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.¹

1. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

1.1. Первичные и повторные консультации, выполняемые педиатром, терапевтом, врачом общей практики, а также врачами-специалистами – акушером-гинекологом, гастроэнтерологом, кардиологом, детским кардиологом, оториноларингологом, офтальмологом, травматологом, хирургом, детским хирургом, эндокринологом, детским эндокринологом, урологом, детским урологом, неврологом;

1.2. лабораторные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей:

1.2.1. общий (клинический) анализ крови;

1.2.2. общий анализ мочи;

1.2.3. анализ крови биохимический общетерапевтический;

1.2.4. гормональные исследования – определение в крови уровней тиреотропного гормона (ТТГ), общего тироксина (Т4), пролактина, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ);

1.2.5. бактериологические исследования – выполнение посевов с определением чувствительности к антибиотикам;

1.2.6. цитологические и гистологические исследования.

1.3. инструментальные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей:

1.3.1. функциональная диагностика: электрокардиография, электроэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания, флюметрия дыхания, в том числе с медикаментозными пробами;

1.3.2. ультразвуковая диагностика: ультразвуковые исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, эхокардиография, дуплексное сканирование сосудов, в том числе сосудов конечностей и головного мозга, эхоэнцефалография;

1.3.3. рентгенологические исследования: рентгенография, выполняемая в различных проекциях, рентгеноскопия;

1.3.4. эндоскопические исследования, выполняемые под местной анестезией: синусоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия;

1.4. выполняемые врачами указанных выше специальностей в рамках консультаций (осмотров) медицинские вмешательства и манипуляции (кроме оказываемых с косметической целью), а также выполняемые в амбулаторных условиях операции, не требующие общей анестезии, и выполняемые по назначению врачей средним медицинским персоналом в медицинских организациях внутримышечные и внутривенные инъекции;

¹ Настоящая Программа включает в себя медицинские услуги, перечисленные в Программе и предоставляемые медицинскими организациями, определенными Страховщиком, кроме услуг и заболеваний, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящей Программы. Также Программа может включать проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном настоящей Программой.

- 1.5. использование гипсовых и (или) полимерных бинтов для иммобилизации при травмах, произошедших в течение срока действия Договора страхования;
- 1.6. экспертиза временной нетрудоспособности: выдача листков нетрудоспособности и справок учащихся и закрытие листков нетрудоспособности в медицинских организациях;
- 1.7. экстренная серопрофилактика столбняка и бешенства по медицинским показаниям.

2. Порядок получения медицинских услуг

2.1. В случае если Договором страхования Застрахованного предусмотрена франшиза (доля собственного участия Застрахованного в расходах на оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг), размер и условия ее применения определяются положениями Договора страхования.²

2.2. Получение услуг в рамках настоящей Программы невозможно до момента регистрации Застрахованного лица в личном кабинете на сайте Страховщика ingos.ru и до момента регистрации в личном кабинете действующей банковской карты Застрахованного лица с целью оплаты франшизы, если франшиза предусмотрена Договором страхования.

2.3. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному необходимо обратиться к Страховщику по телефону, указанному в Договоре страхования (или в программе страхования). Медицинскую организацию для оказания услуг определяет Страховщик.

2.4. Услуги в рамках настоящей Программы оказываются в режиме работы и в соответствии с правилами работы медицинских организаций. Услуги оказываются при наличии у Застрахованного документа, подтверждающего заключение Договора страхования в отношении Застрахованного (полиса добровольного медицинского страхования), документа, удостоверяющего личность, и, при необходимости, пропуска в медицинскую организацию.

2.5. Застрахованный может обратиться к Страховщику за помощью в выборе медицинской организации для получения необходимой ему медицинской помощи.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8 (800) 301-20-47
---	--------------------------

² С информацией об условиях применения франшизы, если она предусмотрена Договором страхования, Застрахованный может ознакомиться в «Личном кабинете» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru или обратиться за разъяснениями к Страховщику.

Программа добровольного медицинского страхования
«ИнгоМедицина. Поликлиника. Дети»
(индивидуальное страхование физических лиц)

По настоящей программе (далее – Программа) СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) организует и оплачивает предусмотренные Программой медицинские услуги, предоставляемые застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при произошедших в течение действия страхования острым заболеванием (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.³

1. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

1.1. Первичные и повторные консультации, выполняемые педиатром, врачом общей практики, а также врачами-специалистами – акушером-гинекологом, гастроэнтерологом, детским кардиологом, оториноларингологом, офтальмологом, травматологом, детским хирургом, детским эндокринологом, детским урологом, неврологом;

1.2. лабораторные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей, включая забор материала для исследований, в том числе для гистологических и цитологических:

1.2.1. общий (клинический) развернутый анализ крови;

1.2.2. общий анализ мочи;

1.2.3. анализ крови биохимический: АЛТ, АСТ, билирубин общий и прямой, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, холестерин, калий;

1.2.4. гормональные исследования: определение в крови уровней тиреотропного гормона (ТТГ), общего тироксина (Т4), пролактина, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ);

1.2.5. бактериологические исследования: выполнение посевов с определением чувствительности к антибиотикам;

1.2.6. цитологические и гистологические исследования;

1.3. инструментальные исследования, выполняемые по медицинским показаниям по назначению перечисленных выше врачей:

1.3.1. функциональная диагностика: электрокардиография, электроэнцефалография, исследование функции внешнего дыхания: флоуметрия дыхания, в том числе с медикаментозными пробами;

1.3.2. ультразвуковая диагностика: ультразвуковые исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, эхокардиография, дуплексное сканирование сосудов, в том числе сосудов конечностей и головного мозга, эхоэнцефалография;

1.3.3. рентгенография, выполняемая в различных проекциях, рентгеноскопия;

1.3.4. эндоскопические исследования, выполняемые под местной анестезией: синусоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, включая забор материала для исследований, в том числе для гистологических и цитологических;

1.4. выполняемые врачами указанных выше специальностей в рамках консультаций (осмотров) медицинские вмешательства и манипуляции (кроме оказываемых с косметической целью), а также выполняемые в амбулаторных условиях операции, не требующие общей

³ Настоящая Программа включает в себя медицинские услуги, перечисленные в Программе и предоставляемые медицинскими организациями, определенными Страховщиком, кроме услуг и заболеваний, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящей Программы. Также Программа может включать проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программой.

анестезии, и выполняемые по назначению врачей средним медицинским персоналом в медицинских организациях внутримышечные и внутривенные инъекции;

1.5. использование гипсовых и (или) полимерных бинтов для иммобилизации при травмах, произошедших в течение срока действия Договора страхования;

1.6. экспертиза временной нетрудоспособности: выдача и продление листков нетрудоспособности и справок 095/у, закрытие листков нетрудоспособности в медицинских организациях;

1.7. экстренная серопротекция столбняка и бешенства по медицинским показаниям.

2. Порядок получения медицинских услуг

2.1. В случае если Договором страхования Застрахованного предусмотрена франшиза (доля собственного участия Застрахованного в расходах на оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг), размер и условия ее применения определяются положениями Договора страхования⁴. В таких случаях получение услуг в рамках настоящей Программы невозможно до момента регистрации Застрахованного в личном кабинете на сайте Страховщика ingos.ru и до момента регистрации в личном кабинете действующей банковской карты Застрахованного лица с целью оплаты франшизы.

2.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному необходимо обратиться по телефону, указанному ниже. Медицинскую организацию для оказания услуг определяет Страховщик.

2.3. Услуги в рамках Программы оказываются в режиме работы и в соответствии с правилами работы медицинских организаций. Услуги оказываются при наличии у Застрахованного документа, подтверждающего заключение Договора страхования в отношении Застрахованного (полиса добровольного медицинского страхования), документа, удостоверяющего личность, и, при необходимости, пропуска в медицинскую организацию.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8 (800) 301-20-47
---	--------------------------

⁴ С информацией об условиях применения франшизы, если она предусмотрена Договором страхования, Застрахованный может ознакомиться в «Личном кабинете» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru или обратиться за разъяснениями к Страховщику.

Программа добровольного медицинского страхования «ИнгоМедицина. СМП и экстренный и неотложный стационар»

По настоящей программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает услуги, оказанные Застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при лечении в стационарных условиях при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, предоставляемые Застрахованному при произошедшем в течение действия страхования остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.

Страховщик оплачивает медицинские услуги при лечении в стационарных условиях, оказанные по поводу заболеваний и состояний, которые явились непосредственной причиной экстренной или неотложной госпитализации, а также по поводу сопутствующих заболеваний, если такие услуги необходимы при лечении по поводу основного заболевания, послужившего причиной госпитализации.

1. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги:⁵

1.1. Услуги службы скорой медицинской помощи (при наличии скорой медицинской помощи, имеющей договорные отношения со Страховщиком, в населённом пункте по месту нахождения Застрахованного):

1.1.1. выезд бригады службы скорой медицинской помощи, оказание экстренных и неотложных диагностических и лечебных вмешательств, включая необходимую экспресс-диагностику;

1.1.2. медицинская эвакуация в стационар при наличии показаний для экстренной и неотложной госпитализации.

Услуги скорой медицинской помощи оказываются:

- в Москве – в пределах МКАД;
- в Санкт-Петербурге – в пределах административных районов и границ города, установленных в соответствии с Законом «О территориальном устройстве Санкт-Петербурга» № 411-68 от 25.07.2005 г. (с учетом изменений, действующих на момент оказания услуги);
- в иных населенных пунктах – в пределах районов и границ населенного пункта, установленных службой скорой медицинской помощи (при её наличии в данном населённом пункте).

1.2. Услуги, оказываемые при лечении в стационаре в соответствии с возможностями медицинской организации (Не более одной госпитализации за период страхования):

1.2.1. диагностические и лечебные в том числе:

- консультации врачей, в том числе врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- консервативное лечение;
- анестезиологические пособия;
- хирургическое лечение:
 - сердечно-сосудистая хирургия только в объёме операций, выполняемых по жизненным показаниям при оказании медицинской помощи в экстренной форме;
 - нейрохирургические операции, выполняемые по жизненным показаниям при оказании медицинской помощи в экстренной форме;

⁵ Перечень услуг, организацию и оплату которых не выполняет Страховщик, а также перечень заболеваний, по поводу которых Страховщик не организует и не оплачивает лечение, перечислены в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования, являющихся неотъемлемой частью.

- операции в урологии, в выполняемые по жизненным показаниям при оказании медицинской помощи в экстренной форме;
 - оперативные вмешательства в рамках иных медицинских специальностей, выполняемые при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах;
 - физиолечение, классический массаж, корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия, лечебная физкультура;
 - лекарственные препараты, имеющиеся в наличии стационара;
 - применение металлоконструкций и медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;⁶
 - использование гипсовых и полимерных бинтов для иммобилизации при травмах, произошедших в течение срока действия Договора страхования;
 - прерывание беременности по медицинским показаниям.
- 1.2.2. пребывание в стационаре в палате с количеством мест не менее двух, питание;
- 1.2.3. уход, обеспечиваемый медицинским персоналом;
- 1.2.4. экспертиза временной нетрудоспособности.

2. Порядок оказания медицинских услуг

2.1. Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях при госпитализациях, произошедших после истечения 60 (Шестьдесят) дней со дня начала действия Договора страхования. В случае заключения договора страхования со Страховщиком на новый срок без изменения Застрахованного лица и программы страхования при условии непрерывности страхования, лечение в стационарных условиях в рамках настоящей Программы подлежит оплате со дня начала действия Договора страхования.

2.2. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии документа, подтверждающего заключение договора страхования в отношении Застрахованного (полис добровольного медицинского страхования), и документа, удостоверяющего личность.

2.3. При необходимости госпитализации в рамках настоящей Программы Застрахованное лицо или его представитель обязаны известить Страховщика как можно быстрее до поступления в стационар, чтобы Страховщик сообщил о медицинской организации, которая имеет возможность принять Застрахованного.

2.4. Если Застрахованное лицо было доставлено в стационар до извещения Страховщика, Застрахованное лицо или его представитель обязаны известить Страховщика при первой же возможности, сообщив сведения о договоре страхования (номер и сроки действия договора), сведения о Застрахованном лице (фамилию, имя, отчество (при наличии), дату рождения), информацию о медицинской организации, в которую был доставлен Застрахованный.

2.5. Застрахованный госпитализируется в экстренном или неотложном порядке в рекомендованную Страховщиком медицинскую организацию, а при отсутствии возможности для госпитализации в рекомендованную Страховщиком медицинскую организацию, в том числе при отсутствии в населённом пункте по месту нахождения Застрахованного медицинской организации, имеющей договорные отношения со Страховщиком, госпитализация осуществляется в ближайшую медицинскую организацию государственной и муниципальной систем здравоохранения, способную оказать необходимую медицинскую помощь.

2.6. Если Застрахованное лицо было доставлено в медицинскую организацию, не имеющую договорных отношений со Страховщиком, последний организует и оплачивает перевод Застрахованного в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком, при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.

2.7. При отсутствии в населённом пункте по месту нахождения Застрахованного медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь и имеющей

⁶ Применение протезов оплачивается, когда необходимость в них возникла в результате травмы, произошедшей в течение срока действия Договора страхования, а также при оказании медицинской помощи в экстренной форме.

договорные отношения со Страховщиком, скорая медицинская помощь оказывается медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.

2.8. В случае госпитализации беременной женщины при возникновении у неё заболеваний, не связанных с беременностью, Застрахованная госпитализируется в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком, способную при наличии мест обеспечить соответствующую медицинскую помощь с учётом наличия беременности. При отсутствии такой возможности экстренная или неотложная госпитализация производится в больницы государственной и муниципальной систем здравоохранения, в составе которых имеются родильные отделения.

3. ОБЯЗАННОСТИ Страхователя и Застрахованного

3.1. Страхователь (или Застрахованный) обязан возместить понесенные Страховщиком расходы по требованию Страховщика в следующих случаях:

3.1.1. вызов бригады скорой медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру службы скорой медицинской помощи;

3.1.2. отсутствие Застрахованного по указанному при вызове скорой медицинской помощи адресу, указанному Застрахованным при вызове;

3.1.3. вызов бригады скорой медицинской помощи для лиц, не застрахованных по соответствующей программе;

3.1.4. вызов бригады скорой медицинской помощи с целью получения плановых медицинских вмешательств и манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д.;

3.1.5. вызов бригады скорой медицинской помощи к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного (средней и тяжелой степени), токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя, а также последующей его госпитализации;

3.1.6. отмена вызова бригады скорой помощи во время оказания услуги (после выезда бригады скорой медицинской помощи);

3.1.7. отказ от услуг бригады скорой помощи по ее прибытии на место вызова.

3.2. После оплаты Страховщиком услуг, перечисленных в подпунктах 3.1.1-3.1.7 настоящей Программы, Страховщик вправе потребовать возмещения Страхователем или Застрахованным суммы оплаченного счета. При неоплате этой суммы в течение 5 банковских дней с момента получения счета от Страховщика последний вправе прекратить действие договора в отношении такого Застрахованного.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8 (800) 301-20-47
---	--------------------------

Программа добровольного медицинского страхования
«ИнгоМедицина. Стоматология»
(индивидуальное страхование физических лиц)

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает оказываемые в медицинских организациях в амбулаторных условиях стоматологические услуги, предоставляемые застрахованному лицу (далее – Застрахованный) при произошедшем в течение действия страхования остром заболевании (состоянии) – остром пульпите или остром периодонтите, или при обострении хронического периодонтита, при острых и обострении хронических заболеваний слюнных желез, а также при травмах челюстно-лицевой области.

1. Объем предоставляемых услуг

1.1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные стоматологические услуги:⁷

1.1.1. терапевтическое лечение: осмотры стоматологом-терапевтом, лечение по поводу пульпита, острого и обострения хронического периодонтита – механическая, медикаментозная обработка каналов, пломбирование корневых каналов пастой и гуттаперчевыми штифтами, временное пломбирование зубов, восстановление коронковой части зуба без использования штифтов и при разрушении коронки зуба до 50% (степень разрушения определяются после выполнения манипуляций на зубе, после удаления некротизированных тканей);

1.1.2. хирургическое лечение: осмотры стоматологом-хирургом, удаление зубов простое и сложное, в том числе с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов при инфильтратах, иссечение слизистого капюшона, наложение швов при травмах и после удаления зубов;

1.1.3. рентгенологическая диагностика: радиовизиография, ортопантомография;

1.1.4. местная анестезия, в том числе инфильтрационная (включая интралигаментарную), проводниковая, аппликационная;

1.1.5. лечение по поводу заболеваний слюнных желез;

1.1.6. экстренная серопрфилактика столбняка при наличии медицинских показаний.

2. Порядок получения медицинских услуг

2.1. В случае если Договором страхования Застрахованного предусмотрена франшиза (доля собственного участия Застрахованного в расходах на оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг), размер и условия ее применения определяются положениями Договора страхования.⁸

2.2. Получение услуг в рамках настоящей Программы невозможно до момента регистрации Застрахованного лица в личном кабинете на сайте Страховщика ingos.ru и до момента регистрации в личном кабинете действующей банковской карты Застрахованного лица с целью оплаты франшизы, если франшиза предусмотрена Договором страхования.

2.3. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному необходимо обратиться к Страховщику по телефону, указанному в Договоре страхования (или в программе страхования). Медицинскую организацию для оказания услуг определяет Страховщик.

2.4. Услуги в рамках настоящей Программы оказываются в режиме работы и в соответствии с правилами работы медицинских организаций. Услуги оказываются при наличии у Застрахованного документа, подтверждающего заключение Договора страхования в отношении

⁷ Указанные услуги оказываются врачами и средним медицинским персоналом в установленном Программой объеме кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования (являются неотъемлемой частью настоящей Программы).

⁸ С информацией об условиях применения франшизы Застрахованный может ознакомиться в «Личном кабинете» на официальном сайте Страховщика www.ingos.ru или обратиться за разъяснениями к Страхователю или Страховщику.

Застрахованного (полиса добровольного медицинского страхования), документа, удостоверяющего личность, и, при необходимости, пропуска в медицинскую организацию.

2.5. Застрахованный может обратиться к Страховщику за помощью в выборе медицинской организации для получения необходимой ему медицинской помощи.

Исключения из программ добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8 (800) 301-20-47
---	--------------------------

Программа добровольного медицинского страхования «ИнгоМедицина»

Исключения из программ добровольного медицинского страхования
(настоящие Исключения являются неотъемлемой частью программ
добровольного медицинского страхования)

1. СПАО «Ингосстрах» (далее – Страховщик) не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями, состояниями и их осложнениями:

- 1.1. ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;
- 1.2. особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в устанавливаемый органами власти перечень заболеваний, представляющие опасность для окружающих, заболевания, включенные в перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, включая COVID-19, оспу, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), холеру, чуму, малярию, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковую инфекцию; туберкулез; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- 1.3. алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приемом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача или с нарушением назначений врача, токсических веществ с целью опьянения;
- 1.4. психические расстройства и расстройства поведения;
- 1.5. злокачественные и доброкачественные новообразования;
- 1.6. умышленное причинение Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе последствия попытки самоубийства (покушения на самоубийство) Застрахованного, а также заболевания и состояния, возникшие по причине совершения Застрахованным противоправных деяний;
- 1.7. наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич;
- 1.8. системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;
- 1.9. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- 1.10. невусы (родимые пятна), папилломы, атеромы, кондиломы, бородавки, липомы, заболевания волос, болезни ногтей, в том числе онихомикозы (грибковые заболевания ногтей);
- 1.11. гепатиты любой этиологии, кроме гепатита А;
- 1.12. неосложненный кариес, некариозные поражения зубов, гингивит и болезни пародонта;
- 1.13. состояния, связанные с хирургическим изменением пола;
- 1.14. заболевания, послужившие причиной установления инвалидности (кроме инвалидности III группы).

2. Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги и виды лечения, а также связанные с ними расходы:

- 2.1. медицинские услуги, оказываемые без медицинских показаний; медицинские услуги, оказываемые на дому;
- 2.2. медицинские и иные услуги, не предусмотренные Программой страхования;
- 2.3. лечение в стационарных условиях при оказании медицинской помощи в плановой форме, если иное не предусмотрено Программой; лечение в условиях дневного стационара и стационара одного дня;

2.4. услуги, не относящиеся к медицинским; все услуги в рамках народной медицины: все виды традиционной диагностики (в том числе акупунктурная, аурикулодиагностика, термopунктурная, иридодиагностика, энергоинформационная), все виды традиционной терапии (в том числе фитотерапия, апитерапия и лечение другими средствами природного происхождения); гомеопатия; энергоинформатика; традиционные системы оздоровления); лечение с использованием аппаратов квантовой терапии; лечение с использованием аппаратов структурно-резонансной терапии; ударно-волновая терапия; аппаратное вытяжение позвоночника (сухое и подводное); гирудотерапия; кинезиотейпирование; остеопатия;

2.5. динамическое наблюдение по поводу заболеваний вне обострений и диспансерное наблюдение по поводу хронических заболеваний;

2.6. лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским, услуги, связанные с телемедициной; экстракорпоральные методы воздействия на кровь и её компоненты (кроме применяемых по жизненным показаниям в стационарных условиях); внутривенное и накожное облучение крови; озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул; роботассистированные операции; капсульная эндоскопия;

2.7. медицинские услуги, связанные с беременностью; прерывание беременности (кроме выполняемого по жизненным показаниям); родовспоможение; услуги, оказываемые с целью предотвращения зачатия или способствующие зачатию, связанные с подбором методов контрацепции, введением и удалением внутриматочных контрацептивов, лечение и диагностика бесплодия, импотенции, эректильной дисфункции;

2.8. оформление медицинской документации, за исключением случаев, предусмотренных настоящей Программой;

2.9. лечение по поводу мозолей, папиллом, бородавок, невусов, кондилом, липом, келоидных рубцов; диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; коррекция веса;

2.10. стоматологические услуги, кроме предусмотренных Программой;

2.11. общая анестезия при лечении вне стационарных условий;

2.12. профилактические и оздоровительные мероприятия; иммунопрофилактика, кроме экстренной противостолбнячной и (или) антирабической серопрoфилактики;

2.13. услуги, оказанные Застрахованному до начала и (или) после окончания срока действия Договора страхования (кроме лечения в стационарных условиях до момента выписки в случае, если госпитализация произошла в течение действия Договора страхования, а также кроме услуг, оказываемых по поводу заболевания (состояния), начавшегося во время действия предыдущего договора страхования в отношении Застрахованного лица при условии заключения договора страхования на новый срок и непрерывности страхования у Страховщика);

2.14. операции по пересадке органов и тканей;

2.15. услуги, полученные Застрахованным с нарушением порядка получения медицинских услуг, предусмотренного Программой, в том числе услуги, оказанные Застрахованному без предварительного согласования со Страховщиком в случаях, когда такое согласование предусмотрено Программой, а также услуги, оказанные медицинскими организациями, не согласованными Страховщиком;

2.16. услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг по программе, предусматривающей оказание стационарной помощи, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара;

2.17. стоимость лекарственных средств и медицинских изделий, кроме предоставляемых Застрахованному при получении услуг в стационарных условиях;

2.18. расходы Застрахованного на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, в том числе медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными, корригирующих

медицинских устройств, материалов и приспособлений (в том числе корсетов, костылей, стелек), а также расходы на их подгонку;

2.19. иммобилизационные системы (за исключением случаев использования гипсовых и полимерных повязок для иммобилизации в случае травмы, произошедшей в течение срока действия договора страхования).

3. Если в течение срока действия Договора страхования будет установлено, что Договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание из числа, указанных в пункте 1 настоящих Исключений, или имеющего инвалидность (кроме III группы), Страховщик имеет право потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных для сделки, совершенной под влиянием обмана, а при первичном выявлении указанных выше заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности (кроме III группы) в течение срока действия Договора страхования Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям по поводу этих заболеваний до момента подтверждения (постановки) диагноза либо подтверждения (установления) инвалидности (кроме III группы).

Телефоны для обращений Бесплатный звонок с любого аппарата из любой точки России (круглосуточно)	8 (800) 301-20-47
---	--------------------------