

Программа добровольного медицинского страхования
«ИнгоМедицина. Поликлиника»
(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 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, терапевтом, врачом общей практики, а также врачами-специалистами – акушером-гинекологом, гастроэнтерологом, кардиологом, оториноларингологом, офтальмологом, травматологом, хирургом, эндокринологом, 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 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 серопрофилактика столбняка и бешенства по медицинским показаниям.

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.

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 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
---	------------------------

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»
(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 остром заболевании (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 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 серопрофилактика столбняка и бешенства по медицинским показаниям.

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.

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. Стоматология»
(индивидуальное страхование физических лиц)**

По настоящей программе СПАО «Ингосстрах» (далее – 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 или обострении хронического пульпита или остром или обострении хронического периодонтита, 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:⁵
- 1.1.1. осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом;
 - 1.1.2. рентгенологическая диагностика: радиовизиография, ортопантомография;
 - 1.1.3. местная анестезия, в том числе инфильтрационная (включая интралигаментарную), проводниковая, аппликационная;
 - 1.1.4. терапевтическое 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 при разрушении коронки зуба до 50% (степень разрушения определяются после выполнения манипуляций на зубе, после удаления некротизированных тканей) без использования штифтов; и
 - 1.1.5. хирургическое лечение: 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;
 - 1.1.6. лечение по поводу заболеваний слюнных желез;
 - 1.1.7. экстренная серопрофилактика 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.⁶ 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 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.

⁵ 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).

⁶ 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.

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

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

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

По настоящей программе (далее – Программа) СПАО «Ингосстрах» (далее – 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:⁷

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 стационарных условиях 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;

⁷ 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 Программы.

- 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;
 - 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;⁸
- использование гипсовых и полимерных бинтов для иммобилизации при травмах, произошедших в течение срока действия Договора страхования;
- прерывание беременности по жизненным показаниям;
- 1.2.2. пребывание в стационаре преимущественно в двухместной палате, 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.** При необходимости получения скорой медицинской помощи или госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться по телефону, указанному ниже. Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии документа, подтверждающего заключение договора страхования в отношении Застрахованного (полис добровольного медицинского страхования), и документа, удостоверяющего личность.
- 2.3.** Застрахованный госпитализируется в экстренном или неотложном порядке в рекомендованную Страховщиком медицинскую организацию. 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.
- 2.4.** При отсутствии в населённом пункте по месту нахождения Застрахованного медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь и имеющей договорные отношения со Страховщиком, скорая медицинская помощь оказывается

⁸ 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 по жизненным показаниям.

медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения (службой «103»).

- 2.5. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация в экстренной или неотложной форме может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного ближайшую медицинскую организацию государственной и муниципальной систем здравоохранения, способную оказать необходимую медицинскую помощь.
- 2.6. Если Застрахованный был доставлен в стационар до извещения Страховщика, Застрахованному или его представителю необходимо 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 по телефону, указанному ниже.
- 2.7. Если Застрахованный был госпитализирован в экстренном или неотложном порядке в медицинскую организацию, не имеющую договорных отношений со Страховщиком, последний организует перевод Застрахованного в медицинскую организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком, при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.
- 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.

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

«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 приёмом 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. неосложнённый 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, термпунктурная, 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 наружное 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 серопрфилактики;
 - 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).