30.09.2026

ТЕХНИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1. Объекты страхования

1.1. Объектом добровольного медицинского страхования (далее – ДМС) являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с затратами на оказание ему медицинской и иной помощи в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования. Условия Программ ДМС указаны в Приложении 1 к Технической части) при возникновении страхового случая.

1.2. Договоры страхования между Страховщиком и Страхователем должны быть заключены отдельно для работников ПАО «Россети Ленэнерго»

2. Период осуществления страхования

2.1. Договор страхования вступает в силу с момента подписания, при этом условия Договора применяются к отношениям Сторон, возникшим до его заключения, начиная с:

№ п/п	Заказчик (далее – Общество)	Период страхования
1	ПАО "Россети Ленэнерго"	с 00 часов 00 минут «01» января 2027 года до 24 часов 00 минут «31» декабря 2029 года

3. Страховым случаем является:

- факт обращения Застрахованного в течение срока действия Договора ДМС в медицинское учреждение из числа указанных в Приложении № 2 к Технической части за получением медицинских и иных услуг, в соответствии с условиями Договора и Программы страхования;
- факт обращения Застрахованного за получением медицинской помощи в течение срока действия Договора страхования в соответствии с Программой страхования в другие медицинские учреждения, помимо указанных в Приложении № 2 к Технической части, если это обращение предварительно согласовано и/или организовано Страховщиком;
- факт обращения Застрахованного за получением неотложной медицинской помощи на круглосуточный медицинский пульт Страховщика или в любой филиал Страховщика, осуществляющий добровольное медицинское страхование и имеющий возможность организации неотложной медицинской помощи Застрахованным, в объеме, предусмотренном Договором страхования и Программой страхования.

4. Страховые риски:

4.1. Страховым риском является возникновение обстоятельств, требующих оказания следующих медицинских или иных услуг (список рисков может меняться в зависимости от Общества и указывается в программе страхования):

- Амбулаторно-поликлиническое обслуживание;
- Помощь на дому;
- Стоматологическая помощь;
- Коммерческая скорая и неотложная медицинская помощь;
- Стационарное обслуживание (плановые и экстренные госпитализации);
- Обслуживание в медицинских научных центрах;
- Телемедицинские услуги;
- Услуга «Антиклещ»;
- Экстренная медицинская помощь на территории РФ;
- Экстренная и неотложная помощь за пределами РФ.

4.2. Во избежание сомнений, страховщик освобождается от обязанности производить оплату медицинских и(или) иных услуг (если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей), если обращение за предоставлением данных услуг наступило вследствие:

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

Не включаются в покрытие (если иное не указано в программе страхования):
- реконструктивные операции
- протезирование и подготовка к нему
- ожоги 3 и 4 степени

5. Общие положения и требования.

5.1. В случае отсутствия необходимого вида медицинской помощи (медицинской услуги) в ЛПУ, предоставляемом Застрахованному по Программе страхования, Страховщик обязан предоставить ему медицинскую помощь в полном объеме на базе ЛПУ районного, городского, областного, краевого, окружного либо федерального подчинения, имеющего договорные отношения со Страховщиком (по факту обращения Застрахованного на круглосуточный медицинский пульт Страховщика), а также, в случае необходимости, обеспечить транспортировку Застрахованного в медицинское учреждение.

5.2. В случае удаленного нахождения Застрахованного от места жительства и возникновения необходимости оказания ему экстренной амбулаторной или стационарной помощи (в т.ч. организации скорой медицинской помощи - при наличии в регионе ЛПУ, оказывающего данные услуги по ДМС) Страховщик обязан предоставить ему медицинскую помощь в полном объеме на базе ЛПУ уровня, соответствующего Программе страхования Застрахованного (по факту обращения Застрахованного на круглосуточный медицинский пульт или в филиал Страховщика), а также, в случае необходимости, обеспечить транспортировку Застрахованного в требуемое медицинское учреждение.

5.3. По жизненным показаниям экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшее к месту нахождения Застрахованного лечебно-профилактическое учреждение, способное оказать соответствующую медицинскую помощь. В дальнейшем, при наличии заключения лечащего врача о купировании тяжести состояния, стойкой стабилизации состояния и транспортабельности больного, Страховщик организует и осуществляет перевод Застрахованного в профильное ЛПУ из числа указанных в Договоре страхования в течение 24 часов, а при объективной невозможности выполнить перевод в указанный период – в течение 2 (двух) суток. До момента перевода в профильное ЛПУ организует привлечение консультантов соответствующего профиля для оказания специализированной помощи;

5.4. В случае отсутствия у Страховщика заключенных договоров (соглашений), обеспечивающих оказание Застрахованным медицинских услуг, предусмотренных Программами страхования, с ЛПУ, указанными в настоящей конкурсной документации, Страховщик обязан в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты заключения договора ДМС заключить вышеуказанные договоры (соглашения) с ЛПУ.

Реестр таких договоров (соглашений), подписанных Страховщиком и ЛПУ, в течение 30 (Тридцати) календарных дней с даты заключения договора ДМС Страховщик передает Страхователю.

В случае объективной невозможности заключения договоров (соглашений) с ЛПУ, указанными в Приложении 2, Страховщик обязан в течение 10 (Десяти) календарных дней с момента получения Страхователем такой информации обосновать свой отказ и предложить к включению в Программы страхования альтернативные ЛПУ соответствующего уровня, не включенные ранее в действующие Программы страхования.

5.5. В случае необходимости Страховщик по согласованию со Страхователем имеет право привлекать для организации медицинского обслуживания Застрахованных специализированные медицинские сервисные компании.

5.6. Страхование осуществляется без заполнения медицинских анкет и проведения предварительного медицинского осмотра лиц, подлежащих страхованию.

5.7. Страховщик обеспечивает доступ к программным продуктам «Личный кабинет Застрахованного» (далее – ЛК), а также мобильное приложение для смартфонов с операционными системами IOS и Android, полностью удовлетворяющие требованиям, изложенным в Приложении 5 к Технической части до момента начала периода страхования.

5.8. Для оперативного решения вопросов по организации медицинской помощи и сопровождению Договора ДМС Страховщик в обязательном порядке предоставляет:

- круглосуточный медицинский диспетчерский пульт с предоставлением бесплатного федерального телефонного номера (для связи Застрахованных с медицинским персоналом пульта) без автоответчика и имеющего оборудование для предоставления бесперебойного обслуживания в условиях временного отсутствия электроснабжения и телефонной связи;
- услуги ЛК в соответствии с требованиями, изложенными в Приложении 5 к Технической части;
- контактную информацию кураторов Договора ДМС (по организационным и финансовым вопросам);
- контактную информацию врачей-кураторов Договора ДМС (по медицинским вопросам) с возможностью связи по мобильному телефону.
- контактную информацию врачей-кураторов для организации медицинского обслуживания застрахованных по программе уровня «1» с обеспечением круглосуточной связи по мобильному телефону и мессенджерах;

5.9. Не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты предоставления Страхователем списка застрахованных лиц Страховщик направляет каждому Застрахованному посредством e-mail ссылку на мобильное приложение, в котором размещает информацию о страховом полисе и перечне медицинских услуг ЛПУ, входящих в программу Застрахованного лица.

5.10. Страхователь извещает Страховщика о необходимости внесения изменений в состав Застрахованных путем внесения изменений в Список Застрахованных лиц посредством электронной почты или функционала ЛК Страхователя не позднее, чем за 3 (три) рабочих дня до предполагаемой даты внесения изменений. Условия Договора страхования полностью распространяются на вновь внесенных в списки Застрахованных, если Дополнительным соглашением не предусмотрено иное.

5.11. Страховщик производит изменения в Списке Застрахованных лиц с 01 и/или с 15 числа каждого месяца, и в течение 5 (пяти) дней с даты предоставления Страхователем списка застрахованных лиц направляет каждому Застрахованному посредством e-mail ссылку на мобильное приложение, в котором размещает информацию о страховом полисе и перечне медицинских услуг ЛПУ, входящих в программу Застрахованного лица.

5.12. Все изменения по Договору страхования оформляются дополнительными соглашениями к Договорам ДМС, заключаемыми Сторонами ежеквартально (один раз в три месяца).

5.13. Страхование членов семьи Застрахованных.

5.13.1. Страхователь имеет право включать в корпоративный договор страхования членов семьи Застрахованных работников. При этом условия страхования, размер страховых премий и страховых сумм, а также объем программ страхования для таких членов семей Застрахованных должны полностью соответствовать условиям корпоративного Договора.

5.13.2. Для Застрахованных с начала действия договора страхования в течение 3 (трех) месяцев с начала нового годового периода страхования может быть предусмотрена возможность страхования членов семьи Застрахованных по специальным льготным тарифам и корпоративным программам страхования за счет собственных средств Застрахованных путем заключения индивидуальных договоров страхования с Застрахованными. В случае заключения (либо пролонгации) договоров страхования для членов семьи Застрахованных в течение годового периода страхования, сроком действия таких договоров страхования будет являться период с даты начала действия каждого договора страхования до начала нового годового периода страхования, а страховая премия по таким договорам страхования будет рассчитываться в объеме, пропорциональном оставшемуся сроку страхования (в днях). Не принимаются на страхование члены семьи работника, если до окончания срока действия корпоративного Договора страхования осталось менее 9 календарных месяцев.

5.13.3. Для застрахованных позже начала действия договора страхования в течение 2 (двух) месяцев с той даты, с какой принимается на страхование Застрахованный может быть предусмотрена возможность страхования членов семьи Застрахованных по специальным льготным тарифам и корпоративным программам страхования за счет собственных средств Застрахованных путем заключения индивидуальных договоров страхования с Застрахованными. В случае заключения (либо пролонгации) договоров страхования для членов

семьи Застрахованных в течение годового периода страхования, сроком действия таких договоров страхования будет являться период с даты начала действия каждого договора страхования до начала нового годового периода страхования, а страховая премия по таким договорам страхования будет рассчитываться в объеме, пропорциональном оставшемуся сроку страхования (в днях). Не принимаются на страхование члены семьи работника, если до окончания срока действия корпоративного Договора страхования осталось менее 3 календарных месяцев.

5.13.4. Медицинское страхование членов семьи Застрахованных осуществляется без заполнения медицинских анкет и проведения предварительного медицинского осмотра.

5.13.5. Страховщик вправе применить повышающий возрастной коэффициент к корпоративным тарифам для членов семьи Застрахованных которым исполнилось 60 лет и старше:

- от 60 до 65 лет – коэффициент до 1,2;
- от 65 до 70 лет - коэффициент до 1,5;
- от 70 до 75 лет - коэффициент до 2,0;
- старше 75 лет - коэффициент до 2,5.

6. Программы страхования

6.1. Объем и порядок предоставления медицинских и иных услуг указаны представлены в Приложении 1 к Технической части.

6.2. *Перечень ЛПУ, подлежащих включению в Программы страхования, представлен в Приложении 2 к Технической части. В рамках Договора страхования отдельные ЛПУ предусматривают обслуживание по рискам расходов на амбулаторно-поликлиническое обслуживание, помощь на дому и стоматологическое обслуживание с безусловной франшизой. Условия страхования и применения Франшизы указаны в Приложении 6 к Технической части.*

7. Плановая численность лиц, подлежащих страхованию, страховые суммы.

7.1. Сведения о плановой численности лиц, подлежащих страхованию по Обществу, их распределение по Программам страхования представлены в Приложении 3 к Технической части. Численность застрахованных лиц может изменяться в течение срока страхования.
Минимальный размер страховой суммы на одного Застрахованного:

Наименование Программы страхования	**Размер страховой суммы на одного застрахованного на 1 год страхования, руб.**
1	15 500 000
1-Р, 1-Д-1,1-Д	15 500 000
2	14 500 000
2-Р.М.,2-Д.М.	14 500 000
3	13 500 000
3-Р.М., 3-Д.М.	13 500 000
Расширенная	*См. Приложение № 4 к Технической части*

7.2. По настоящему Заданию устанавливаются лимиты ответственности Страховщика по следующим видам медицинских услуг:

7.2.1.- «Экстренная и неотложная помощь за пределами РФ» (если данная услуга предусмотрена программой ДМС): на каждое Застрахованное лицо устанавливается лимит ответственности Страховщика в размере 9 000 000 (Девять миллионов) рублей 00 копеек[1] на каждый год страхования.

7.2.2. [2]Лимит ответственности Страховщика может быть включен в договор страхования Общества в отношении всех Застрахованных лиц по договору по оплате медицинских услуг, включенных в Программу страхования «Расширенная», при обращении Застрахованного лица

---

[1] Рублевый эквивалент 100 000 (Сто тысяч) Евро при обслуживании за рубежом по курсу 1 евро равен 90 (девяносто) рублей 00 копеек.

за получением медицинских услуг, связанных с оказанием экстренной медицинской помощи на территории РФ силами санитарной авиации, в случаях, когда Застрахованному лицу необходима экстренная медицинская помощь, при невозможности его транспортировки в медицинскую организацию другими транспортными средствами и при отсутствии в доступной близости медицинских организаций, могущих оказать первичную медицинскую помощь Застрахованному лицу, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования и если эти услуги организованы Страховщиком.

7.2.3. Лимит ответственности Страховщика может быть включен в договор страхования Общества в отношении всех Застрахованных лиц по договору для оплаты медицинских услуг, включенных в Программу страхования «Расширенная», при обращении Застрахованного лица в ЛПУ в течение срока действия настоящего Договора (в соответствии с Программами страхования) за исключением медицинских услуг, не указанных в п.7.2.3., указан в Приложении 4 к Технической части.

7.2.4. Иные лимиты ответственности Страховщика, не указанные в п. 7.2. настоящего Технической части, по всем видам оказываемых медицинских услуг и рискам не предусматриваются.

8. Форма, сроки и порядок оплаты услуг

8.1. Страховая премия уплачивается в форме безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, НДС не облагается.

8.2. Оплата страховой премии производится ежеквартально.

8.3. Страховая премия считается уплаченной с момента списания денежных средств с расчетного счета Страхователя для зачисления на расчетный счет Страховщика.

8.4. При изменении в составе Застрахованных страховая премия уплачивается Страхователем за каждого нового застрахованного в объеме, пропорциональном оставшемуся сроку страхования (в днях).

8.5. При замене действующих Программ страхования в отношении уже Застрахованных по Договору ДМС лиц, дополнительная страховая премия рассчитывается пропорционально времени (в днях), прошедшему с момента такого изменения Программы страхования до момента истечения срока действия Договора ДМС, установленного Сторонами при его заключении.

8.6. При досрочном прекращении Договора ДМС, в том числе, в отношении одного или нескольких Застрахованных, расчет суммы, подлежащей возврату Страхователю, производится исходя из фактически поступившей по Договору ДМС суммы страховых премий за Застрахованных, в отношении которых прекращается Договор ДМС, за вычетом приходящейся на указанных Застрахованных лиц части страховой премии, рассчитанной пропорционально времени (в днях), в течение которого действовал Договор ДМС. Рассчитанная сумма подлежит возврату Страхователю в течение 1 (одного) календарного месяца с даты заключения дополнительного соглашения, в котором устанавливается ее размер, или может быть учтена при дальнейших взаиморасчетах Сторон.

8.7. В случае единовременного расторжения Договора ДМС в отношении конкретного Застрахованного и дополнительном страховании по той же Программе страхования нового Застрахованного, дополнительный страховой взнос не уплачивается.

9. Приложения к заданию на оказание услуг:

Приложение № 1 – Программы страхования
Приложение № 2 – Перечень лечебных учреждений
Приложение № 3 – Численность застрахованных
Приложение № 4 – Лимит по программе «Расширенная».
Приложение № 5 – Требования к личному кабинету.

Директор по управлению персоналом и организационному проектированию – начальник департамента управления персоналом и организационного проектирования Н.А. Вибе