Приложение № 1
к приказу №33 от 17.11.2017г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
АО «Русский Стандарт Страхование»

_____Копитайко М.С.

«17» ноября 2017 года

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ НАСТУПЛЕНИЯ КРИТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Москва
2017

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Определения
2. Общие положения
3. Субъекты страхования
4. Страховые риски. Страховые случаи
5. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии. Франшиза
6. Срок страхования
7. Порядок заключения договора страхования
8. Права и обязанности сторон по договору страхования
9. Порядок организации оказания медицинских и иных услуг, порядок и условия осуществления страховой выплаты
10. Основания для отказа в страховой выплате
11. Прекращение договора страхования
12. Порядок разрешения споров
ПРИЛОЖЕНИЯ
Приложение № 1 – Программы страхования
Приложение № 2 - Договор добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний
Приложение № 3 – Заявление о наступлении страхового события

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний (далее именуемые «Правила страхования») разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют условия заключаемых на их основании договоров добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний (далее именуемые «Договоры страхования»).

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины, указанные в Правилах страхования с заглавной буквы имеют следующие значения.

1.1. **Венерические заболевания** – группа инфекционных заболеваний, преимущественно передающихся половым путём (сифилис, гонорея, донованоз (венерическая гранулема), паховый лимфогранулематоз, мягкий шанкр).

1.2. **Врач-специалист –** врач, получивший от компетентных официальных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющий необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести заключение.

1.3. **Договор страхования –** письменное соглашение Страхователя и Страховщика, определяющее порядок и условия страхования. Договор страхования заключается и оформляется в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования. Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора страхования и обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком.

1.4. **Заболевание** – диагностированное впервые в период действия Договора страхования Врачом-специалистом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

1.5. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

1.6. **Злокачественные новообразования** - любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа, относящееся к С00-С97 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (далее - МКБ-10), за исключением С44 –эпителиальных опухолей кожи (гиперкератоз, базалиома, плоскоклеточный рак), С91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований, связанных или на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии). Диагноз должен подтверждаться заключением гистологического либо цитологического исследования, а в случае опухолей и новообразований головного мозга злокачественного генеза – заключением онколога основанным на результатах МРТ (КТ, эмиссионной томографии) исследованиях головного мозга. Диагноз, вследствие которого требуется лечение, должен быть установлен впервые в течение Периода непрерывного страхования.

1.7. **Нейрохирургическая операция** – любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга и его оболочек. Диагноз, послуживший поводом для проведения операции, должен быть установлен впервые в течение Периода непрерывного страхования. К Нейрохирургическим операциям не относятся хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, которые явились следствием травматических повреждений, иными заболеваниями спинного мозга и его оболочек кроме доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами.

1.8. **Несчастный случай** – внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных манипуляций и произошедшее в течение Периода непрерывного страхования независимо от воли Застрахованного лица и Страхователя.

1.9. **Опьянение** – состояние организма, вызванное приёмом алкоголя, его заменителей,

психотропных, токсических или наркотических веществ в любых количествах (за исключением принятия лекарственных средств в строгом соответствии с назначением врача).

1.10. **Ортопедическая операция** – плановое оперативное вмешательство, направленное на лечение заболеваний (в т.ч. посттравматического характера) и расстройств опорно-двигательного аппарата (костно-мышечной системы), диагностированных впервые в течение Периода непрерывного страхования и подтвержденных на основании результатов объективных методов обследования хирургом-ортопедом, и согласованное Страховщиком. К Ортопедической операции не относятся оперативные вмешательства в связи с врожденными дефектами.

1.11. **Период непрерывного страхования** – период времени, начинающийся со дня начала действия первого Договора страхования, заключенного в отношении Застрахованного лица, и заканчивающегося в последний день срока действия последнего Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица, заключенного не позже 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания действия предыдущего Договора страхования.

1.12. **Период ожидания** – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования.

1.13. **Плановые медицинские услуги** - медицинские услуги, выполняемые в заранее согласованные Сервисной компанией и Страховщиком сроки.

1.14. **Подопечный** – гражданин, над которым установлена опека или попечительство.

1.15. **Программа страхования** – перечень видов медицинских и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком по Договору страхования при наступлении Страхового случая. Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

1.16. **Реабилитационно-восстановительное лечение** - комплекс медицинских мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных физиологических функций (потребностей) Застрахованного лица, его трудоспособности, включая, но не ограничиваясь: лечебную физкультуру, занятия на тренажерах, массаж, мануальную терапию, физиотерапевтическое лечение.

1.17. **Сервисная компания (или Ассистанс)** – специализированная организация, которая по поручению Страховщика, на основании заключенного со Страховщиком договора, обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Программой страхования.

1.18. **Срок страхования** – период времени, в течение которого действует страхование.

1.19. **Страхователь –** юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.20. **Страховая выплата (Страховое обеспечение) –** денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком при наступлении Страхового случая.

1.21. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.22. **Страховой риск (Страховое событие)** – предполагаемое событие с Застрахованным лицом, на случай наступления которого проводится страхование.

1.23. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить Страховую выплату.

1.24. **Страховая сумма –** определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность по Договору страхования, и, исходя из величины которой, определяются размеры Страховой премии и Страховой выплаты.

1.25. **Страховой тариф –** ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска.

1.26. **Страховщик –** Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование» (лицензия СЛ № 3748 от 31 июля 2015 года, выдана Центральным Банком Российской Федерации (Банком России) без ограничения срока действия).

1.27. **Трансплантация костного мозга** – плановое медицинское мероприятие,

удовлетворяющее следующим условиям:
- проводимое в целях лечения лимфомы или лейкоза, необходимость проведения которого определена не менее чем 2-мя Врачами-специалистами в соответствующей области медицины в соответствии с принятыми медицинскими критериями, при этом диагноз лимфомы или лейкоза должен быть установлен впервые в течение Периода непрерывного страхования и подтвержден гистологически или цитологическими методами исследования;
- проводимое в больнице, согласованной Сервисной компанией и/или Страховщиком;
- не являющееся экспериментальной процедурой и/или процедурой, выполняемой в научно-исследовательских целях;
- проводимое в соответствии с общепризнанными этическими стандартами Российской Федерации;
- в наличии орган (костный мозг), подходящий для трансплантации Застрахованному лицу, и определена больница, которая согласилась провести трансплантацию.

1.28. **Хирургия на сердце** – плановое хирургическое вмешательство, выполняемое трансторакальным или трансстернальным доступом на сердце и коронарных сосудах (сосудах сердца), рекомендованное врачом-кардиологом в связи с заболеванием сердца и коронарных сосудов, впервые диагностированным в течение Периода непрерывного страхования, за исключением хирургических вмешательств в связи с врожденными дефектами. Из Хирургии на сердце исключаются трансплантация сердца, малоинвазивные хирургические операции на сосудах сердца (выполняемые доступом через сосуды), включая, но не ограничиваясь: любые виды стентирования, баллонную ангиопластику, тромболизис. К Хирургии на сердце не относятся радичастотная абляция, операции на аорте, кроме операций, выполняемых открытым доступом на аортальном клапане и аорто-коронарного шунтирования.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. По Договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами страхования, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования и уплачиваемую Страхователем Страховую премию при наступлении Страхового случая организовать оказание Застрахованному лицу Плановых медицинских и иных услуг, а также оплатить оказанные Плановые медицинские и иные услуги, указанные в Программе страхования, в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и договорами Страховщика с медицинскими учреждениями и Сервисными компаниями.

2.2. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания Плановых медицинских услуг и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

2.3. Страхование распространяется на Страховые случаи, произошедшие на территории Российской Федерации. Страхование действует 24 часа в сутки, 365 (366) дней в году в течение Периода непрерывного страхования.

2.4. Медицинские услуги, в том числе все медицинские обследования, оказываются на территории Российской Федерации.

Страховые выплаты по Договору страхования осуществляются независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, причитающихся Застрахованному лицу по обязательному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовому и иному соглашению, иному договору страхования, заключенному с другим страховщиком, а также независимо от выплат, причитающихся в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

3.2. Страховщиком является Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование» - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, и получившая лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни, в установленном

законодательством порядке.

3.3. Страхователь заключает Договоры страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц) Страхователями могут являться:

3.3.1. российские и иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3.3.2. физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3.3.3. дееспособные физические лица – граждане РФ, иностранные граждане или лица без гражданства.

3.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованным лицом может являться Страхователь – физическое лицо, иное физическое лицо, ребенок или Подопечный Страхователя – физического лица, являющиеся гражданами РФ.

3.5. Если иное лицо не указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного лица, Застрахованным лицом по Договору страхования является Страхователь.

3.6. Не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала Периода непрерывного страхования соответствуют одному или нескольким следующим условиям:

- не является гражданином Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором страхования;
- является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна;
- является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;
- является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга;
- является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полипоз толстой кишки;
- является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет, туберкулез, гепатит B, C, D, аутоиммунные заболевания (ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, болезнь Крона, амилоидоз), неспецифический язвенный колит, инфаркт миокарда, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II-III степени, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит;
- является лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанация черепа;
- является лицом, относящимся к категориям: инвалид 1-2 группы, ребенок-инвалид;
- является лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей индекс массы тела не находится в диапазоне от 20 до 35 для лиц в возрасте от 18 до 64 лет и не находится в диапазоне от 13 до 21 для лиц в возрасте от 2 до 17 лет;
- является лицом, у которых отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;
- является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

- является лицом, которое выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки, кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта);
- является лицом, у которого хотя бы один из ближайших родственников (отец, мать, братья и сестры) болели онкологическими заболеваниями в возрасте до 60 лет;
- является лицом, которому не исполнилось 2 (два) года или исполнилось 65 (шестьдесят пять) лет, если иной возраст не указан в Программе страхования.

В случае если подобное лицо будет указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного лица, события, произошедшие с ним, Страховыми случаями являться не будут, при этом Договор страхования будет считаться незаключенным в отношении указанного лица, а Страховая премия, уплаченная по такому Договору страхования, подлежит возврату по письменному заявлению Страхователя.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми случаями признаются следующие Страховые события, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.3.–4.9. настоящих Правил страхования, произошедшие с Застрахованным лицом впервые в течение Периода непрерывного страхования:

4.1.1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом–специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга («Диагностирование Злокачественного новообразования»).Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5(пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования.

Трансплантация костного мозга покрывается Договором страхования, только в том случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор.

4.1.1. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом-специалистом соответствующего профиля плановой Нейрохирургической операции головного мозга и прочих внутричерепных структур; доброкачественных опухолей спинного мозга, включая его оболочки, в связи с впервые диагностированным у Застрахованного лица в Период непрерывного страхования заболеванием, за исключением заболеваний посттравматического характера или врожденных дефектов («Нейрохирургия»);

4.1.2. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом–специалистом соответствующего профиля проведения Ортопедической операции («Ортопедия»).

В случае назначения Ортопедической операции в связи с телесным повреждением, наступившим в результате Несчастного случая, такое назначение признается Страховым случаем только при условии, что Несчастный случай, прямым следствием которого явилось назначение Ортопедической операции, произошел в Период непрерывного страхования.

4.1.3. Назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим врачом–кардиологом Хирургии на сердце в связи с впервые диагностированным в Период непрерывного страхования заболеванием сердца и коронарных сосудов («Хирургия на сердце»).

4.2. Перечень Страховых рисков, на случай наступления которых осуществляется страхование по Договору страхования, из указанных в п.4.1. Правил страхования, указывается в Договоре страхования.

4.3. Страховыми случаями не являются и оплата за оказанные медицинские и иные услуги не

производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинских и иных услуг:

4.3.1. не предусмотренных Программой страхования;

4.3.2. за пределами Российской Федерации;

4.3.3. не назначенных Врачом-специалистом (услуги проведены без медицинских показаний) либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, указанного в Страховом риске;

4.3.4. организованных не Сервисной компанией и/или не согласованных Страховщиком;

4.3.5. по истечении 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования;

4.3.6. по врожденным порокам, по аномалиям развития, наследственным заболеваниям, родовым травмам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

4.3.7. во время протекания беременности;

4.3.8. по реабилитационно-восстановительному лечению;

4.3.9. в эстетических и/или косметических целях, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы по поводу Злокачественного новообразования;

4.3.10. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых Застрахованному было известно до начала Периода непрерывного страхования (в том числе начата диагностика заболеваний сердца, коронарных сосудов, заболеваний нервной системы, заболеваний костно-суставной системы до начала Периода непрерывного страхования);

4.3.11. в отношении Заболеваний, возникших в Период непрерывного страхования, но по заключению уполномоченного Сервисной компанией Врача-специалиста не имеющих непосредственного отношения к проводимому лечению по Страховому случаю;

4.3.12. в связи с войной. Под понятием «война» понимаются: война или военные операции; мировая война (в одинаковой мере как объявленная, так и не объявленная); вторжение, действия внешних врагов; военные действия, маневры и иные военные мероприятия; военный мятеж; бунт; путч; государственный переворот; общественные беспорядки; гражданская война; восстание; революция; заговор; захват, узурпация власти военными; военное положение, чрезвычайное положение либо период осады; события, являющиеся основанием для объявления войны;

4.3.13. в связи со службой в рядах вооруженных сил и пребыванием в местах лишения свободы или под подпиской о невыезде или предварительного заключения;

4.3.14. в связи с воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.3.15. в связи с нарушением здоровья в результате употребления Застрахованным лицом алкоголя, наркотиков или токсических веществ, если такое нарушение здоровья имеет прямую связь с возникновением страхового случая;

4.3.16. в связи с нарушением здоровья в результате употребления Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным Врачом-специалистом;

4.3.17. в связи с нарушением здоровья, прямо или косвенно вызванным психическим заболеванием Застрахованного лица;

4.3.18. в связи с заболеванием Застрахованного лица Венерическим заболеванием независимо от даты установления диагноза;

4.3.19. в связи с заболеванием и состоянием, которое является прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение независимо от даты установления диагноза.

4.4. По Страховым рискам, указанным в пунктах 4.1.1. Правил страхования Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанные медицинские и иные услуги не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинских и иных услуг:

4.4.1. вследствие появления до начала Периода непрерывного страхования патологических симптомов: повышенных значений онкомаркеров, нефизиологической кровопотери из любых источников, патологических переломов, резкой нецеленаправленной потери веса

(до 10 кг за 6 месяцев), потерь сознания, дебюта эпилептиформного синдрома, выявления папиллома-вирусов человека высокого канцерогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типы), увеличения предстательной железы, послуживших поводом для обследования и выявления в Период непрерывного страхования онкологического заболевания, а также вследствие выявления в Период непрерывного страхования Злокачественного новообразования в случаях, когда его диагностика была начата до заключения Договора страхования;

4.4.2. вследствие диагностирования Злокачественных новообразований до начала Периода непрерывного страхования;

4.4.3. в связи с раком кожи, кроме меланом, (коды: D04, C44, C60.9, C63.2 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10), Злокачественными новообразованиями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) (Код: C46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10) и хронического лимфоцитарного лейкоза (код C91.1 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10).

4.5. По Страховым рискам, указанным в пункте 4.1.3. Правил страхования, Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанные медицинские и иные услуги не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинских и иных услуг:

4.5.1. в целях проведения экстренных хирургических вмешательств в результате травматического повреждения;

4.5.2. вследствие Несчастного случая, произошедшего в связи с:

4.5.2.1. занятием Застрахованным лицом любым видом спорта;

4.5.2.2. совершением или попыткой совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;

4.5.2.3. попыткой самоубийства Застрахованного лица;

4.5.2.4. управлением Застрахованным лицом любым транспортным средством без документа на право управления транспортным средством соответствующей категории (водительского удостоверения), либо без временного разрешения на право управления транспортным средством, когда наличие водительского удостоверения либо временного разрешения обязательны; либо передачей управления транспортным средством лицу, не имеющему документа на право управления транспортным средством соответствующей категории; либо управлением Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения; или передачей Застрахованным лицом управления транспортным средством другому лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

4.6. По Страховому риску, указанному в п.4.1.2. Правил страхования, не являются страховыми случаями

4.6.1. заболевания, явившиеся следствием травматических повреждений,

4.6.2. иные заболевания спинного мозга и его оболочек кроме заболеваний, относящихся к доброкачественным опухолям.

4.7. По Страховому риску, указанному в п.4.1.4 Правил страхования, не является Страховым случаем трансплантация сердца, малоинвазивные хирургические операции на сосудах сердца (выполняемые доступом через сосуды), включая, но не ограничиваясь: любые виды стентирования, баллонную ангиопластику, тромболизис, радичастотную абляцию, операции на аорте и другие оперативные вмешательства выполненные иным доступом кроме трансторакального или трансстернального доступа.

4.8. По Страховому риску, указанному в п.4.1.3. Правил страхования, не возмещается стоимость любых внешних протезов, вспомогательных средств передвижения и фиксации.

4.9. Не возмещается Страховщиком стоимость лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний, а также по медицинским показаниям, не относящимся к Страховому случаю, при амбулаторном лечении, за исключением лечения Злокачественного новообразования;

4.10. По соглашению сторон Договора страхования в Программе страхования могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхового покрытия, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ. ФРАНШИЗА

5.1. Если иное не установлено в Договоре страхования, Страховая сумма устанавливается по всем Страховым рискам совокупно. Размер Страховой суммы устанавливается соглашением сторон Договора страхования, исходя из выбранной Программы страхования, и указывается в Договоре страхования. Если иное не установлено в Договоре страхования, сумма Страховых выплат по Договору страхования не может превышать установленный Договором страхования размер Страховой суммы.

5.2. Договором страхования или Программой страхования могут устанавливаться Страховые суммы по отдельным видам медицинских и иных услуг, в пределах которых осуществляются Страховые выплаты в связи с организацией и оказанием данных услуг.

5.3. Если иное не установлено в Договоре страхования, Страховая премия по Договору страхования Страхователем уплачивается единовременно. Порядок оплаты Страховой премии определяется в Договоре страхования.

5.4. В случае если Страховая премия не будет уплачена Страхователем в сроки, указанные в Договоре страхования, Договор страхования признается не вступившим в силу, и страхование по нему не предоставляется.

5.5. Для определения размера Страховой премии применяются Страховые тарифы, утвержденные Страховщиком. Страховая премия равняется сумме, полученной в результате умножения Страховой суммы на Страховой тариф, при этом Страховая премия округляется до копеек, и такое округление происходит в большую сторону.

5.6. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными деньгами, перечислена на расчетный счет Страховщика любым доступным Страхователю способом.

5.7. Датой оплаты Страховой премии по Договору страхования считается:

- дата поступления Страховой премии на расчетный счет Страховщика – при безналичной оплате Страховой премии;
- дата принятия Страховой премии Страховщиком или его уполномоченным принимать Страховую премию представителем - при оплате наличными денежными средствами.

5.8. По соглашению Страхователя и Страховщика в Договоре страхования может быть установлена франшиза. При установлении в Договоре страхования франшизы Страховщик оплачивает расходы, связанные с организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в размере разницы между их стоимостью и размером франшизы, но не более Страховой суммы.

5.9. Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к Страховой сумме или к стоимости медицинских услуг либо в фиксированном размере.

5.10. Франшиза может быть установлена в отношении отдельных видов медицинских или иных услуг.

6. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Если иное не указано в Договоре страхования, срок действия Договора страхования составляет 1 (один) год. Срок действия Договора страхования указывается в Договоре страхования.

6.2. Договором страхования или Программой страхования может быть установлен Период ожидания. Период ожидания может быть установлен отдельно по одному или нескольким Страховым рискам.

6.3. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позднее, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования, заключенного в отношении этого Застрахованного лица, и по предыдущему Договору страхования Период ожидания истек.

6.4. Сроки действия последовательно заключаемых в течение указанного выше периода Договоров страхования составляют Период непрерывного страхования, который начинается с первого дня срока действия первого Договора страхования, заключенного в отношении Застрахованного лица, и заканчивается в последний день срока действия последнего Договора страхования, заключенного в отношении Застрахованного лица.

6.5. В случае если Договор страхования в отношении Застрахованного лица заключен по истечении 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования, заключенного в отношении этого Застрахованного лица, то дата начала срока действия такого Договора страхования признается датой начала нового Периода непрерывного страхования.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком, либо путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его устного заявления Договора страхования, подписанного Страховщиком.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику в устной форме и сообщает Страховщику следующую информацию:

7.2.1. сведения о Страхователе. Если Страхователем является физическое лицо – его ФИО, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, адрес фактического проживания, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты). Если Страхователем является индивидуальный предприниматель – его ФИО, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты), основной государственный регистрационный номер. Если Страхователем является юридическое лицо - его наименование, основной государственный регистрационный номер (ОГРН), адрес местонахождения постоянно действующего исполнительного органа и банковские реквизиты;

7.2.2. сведения о Застрахованном лице (его ФИО, пол, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства, адрес фактического проживания, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты), информация о состоянии здоровья).

7.3. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Застрахованное лицо соответствует требованиям раздела 3 Правил страхования, предъявляемым к Застрахованным лицам.

В случае если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

7.4. На основании Правил страхования в отношении одного Застрахованного лица может быть заключен только один Договор страхования.

7.5. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора страхования, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно

зафиксировать факт сообщения. Все уведомления и извещения направляются по адресам, указанным в Договоре страхования. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения будут считаться полученными по истечении 7 (семи) календарных дней с даты их направления по прежнему адресу.

7.6. В случае утраты Страхователем экземпляра Договора страхования по письменному заявлению Страхователя Страховщик выдает дубликат Договора страхования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь имеет право:

8.1.1. получить дубликат Договора страхования в случае его утраты;

8.1.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

8.1.3. отказаться от Договора страхования в любое время, если возможность наступления Страхового случая не отпала и существование Страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. уплачивать Страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

8.2.2. в письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые необходимо внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене места жительства, персональных данных Страхователя и Застрахованного лица;

8.2.3. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, Правил страхования, Программ страхования;

8.2.4. исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования, Договором страхования.

8.3. Застрахованное лицо имеет право:

8.3.1. обращаться за предоставлением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования и Договором страхования, в Сервисную компанию;

8.3.2. на получение информации о Страховщике в объеме, на условиях и в порядке, предусмотренных в законодательстве Российской Федерации;

8.3.3. на получение консультаций Страховщика об условиях Правил страхования, Договора страхования и Программ страхования.

8.4. Застрахованное лицо обязано:

8.4.1. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями Договора страхования;

8.4.2. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе оказания медицинских и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.4.3. явиться к месту проведения лечения в установленное Страховщиком или Сервисной компанией время. Если Застрахованное лицо не явится к месту проведения лечения без уважительной причины (наличия заболевания, препятствующего прибытию на место лечения), то при повторном назначении места и времени проведения лечения, расходы на предгоспитальную подготовку (анализы, исследования и т.д.) Застрахованное лицо несет самостоятельно.

8.4.4. обеспечить сохранность Договора страхования и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг. Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу Договор страхования с целью получения им медицинских и иных услуг, Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица. Возврат Страховой премии в этом случае не производится.

8.4.5. предоставить по запросу Страховщика документы, подтверждающие факт и обстоятельства наступления Страхового случая.

8.5. Страховщик имеет право:

8.5.1. проверять полноту и достоверность информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.5.2. запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) информацию, имеющую значение для установления факта Страхового случая и размера Страховых выплат;

8.5.3. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) положений Договора страхования и Правил страхования;

8.5.4. в установленном законодательством РФ порядке запросить в уполномоченных государственных органах и медицинских учреждениях документы, необходимые для рассмотрения Страхового события и признания его Страховым случаем;

8.5.5. отсрочить принятие решения о Страховой выплате, если по фактам, связанным с наступлением Страхового события, назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, письменно известив об этом Страхователя;

8.5.6. отказать в Страховой выплате в случаях и в порядке, определенных Правилами страхования, письменно известив об этом Страхователя;

8.5.7. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил страхования и Договора страхования.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и условиями Договора страхования;

8.6.2. организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Договором страхования;

8.6.3. при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в порядке и сроки, определенные Договором страхования, Правилами страхования, или отказать в Страховой выплате, письменно обосновав отказ, или отсрочить Страховую выплату, письменно обосновав отсрочку;

8.6.4. сохранять конфиденциальность информации о Страхователе (Застрахованном лице), если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Для получения Плановых медицинских и иных услуг по Договору страхования, предусмотренных Программой страхования, Застрахованное лицо обращается к Страховщику и предоставляет копии следующих документов:

9.1.1. заявление о наступлении Страхового события;

9.1.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;

9.1.3. результаты лабораторных, гистологических, цитологических, радиологических исследований, МРТ МСКТ, УЗИ–исследований, ПЭТ подтверждающие установленный диагноз, предусмотренный Страховым риском; а также результаты предыдущих исследований при повторных травмах органа или предшествующих заболеваниях поврежденного органа;

9.1.4. выписку из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного, (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью выдавшего документы лечебного учреждения, с указанием периода наблюдения, клинического диагноза, дат и результатов проведенного обследования, лечения;

9.1.5. свидетельство о рождении Застрахованного лица, если им является ребенок или Подопечный Страхователя,

9.1.6. документ, подтверждающий права законного представителя Застрахованного лица.

9.2. Страховщик вправе дополнительно запросить следующие документы:

9.2.1. оригиналы документов, перечисленных в п. 9.1. Правил страхования;

9.2.2. выписку из реестра оказанных медицинских услуг страховой компании ОМС, ДМС, фонда ОМС;

9.2.3. протокол освидетельствования в бюро МСЭ, направление на МСЭ;

9.2.4. заключение Врача-специалиста с указанием даты первичного установления диагноза

(даты постановки на учет), Форма № 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом»;

9.2.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного лица за последние пять лет до заключения Договора страхования или до начала Периода непрерывного страхования заболеваниях;

9.2.6. медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного лица об отсутствии обращений Застрахованного лица за последние 5 (пять) лет до начала Периода непрерывного страхования (при диагностировании Злокачественного новообразования).

9.2.7. по риску, указанному в п. 4.1.3. Правил страхования, если событие произошло в результате Несчастного случая, Страховщик вправе запросить следующе дополнительные документы:

9.2.7.1. заверенную копию карты вызова скорой медицинской помощи;

9.2.7.2. заключение судебно-медицинской экспертизы (заверенную экспертизой копию);

9.2.7.3. результаты анализа крови на алкоголь или акт освидетельствования на опьянение, выполненные в течение первых суток с момента наступления Несчастного случая;

9.2.7.4. заверенную лечебным учреждением копию (в полном объеме) стационарной и/или амбулаторной карты Застрахованного лица;

9.2.7.5. копию водительского удостоверения лица, управлявшего транспортным средством в момент Несчастного случая;

9.2.7.6. в зависимости от обстоятельств события, оригинал или заверенную копию документа, подтверждающего обстоятельства Несчастного случая, приведшего к Телесному повреждению, в результате которого рекомендована Ортопедическая операция, а именно: акт о травме во время тренировки/соревнования; акт о травме на производстве; акт о пожаре; акт МЧС о несчастном случае; постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; решение суда; акт об аварии на воздушном/наземном/водном транспорте, протокол правоохранительных органов с места ДТП; при отсутствии вышеперечисленных документов, справку из лечебного учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью, содержащую сведения об обстоятельствах несчастного случая;

9.2.8. Все документы, перечисленные в настоящем разделе Правил страхования, предоставляются Страховщику в виде оригиналов или нотариально удостоверенных копий. По дополнительному согласованию со Страховщиком документы могут быть предоставлены в виде копий, удостоверенных печатью учреждения, их выдавшего. Все медицинские документы, полученные за пределами Российской Федерации, предоставляются Страховщику в оригинале с приложением нотариально удостоверенного перевода.

9.3. Если предоставляется оригинал медицинского документа, то он обязательно должен содержать:

9.3.1. штамп лечебного учреждения (прямоугольный штамп синего цвета ставится в верхнем углу документа), за исключением случаев предоставления документов на фирменном бланке лечебного учреждения;

9.3.2. печать лечебного учреждения (синего цвета круглой (треугольной) формы ставится в нижнем углу документа, либо на подписи врачей);

9.3.3. подпись лечащего врача с расшифровкой ФИО и должности;

9.3.4. подпись заведующего отделением с расшифровкой ФИО и должности или главного врача / заместителя / и.о. главного врача с расшифровкой ФИО и должности.

9.4. Если предоставляется заверенная копия медицинского документа, то она должна быть удостоверена главным врачом или его заместителем организации, выдавшей документ, либо заверена нотариально.

9.5. Медицинские и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы медицинского учреждения.

9.6. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется путем оплаты

Страховщиком счетов, выставляемых Сервисными компаниями и медицинскими учреждениями за оказанные Застрахованному лицу Плановые медицинские и иные услуги.
Страховые выплаты посредством оплаты счетов, получаемых от Сервисных компаний, за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам, осуществляются в порядке, в сроки и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Сервисной компанией.

10. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате и в организации Плановых медицинских и иных услуг в следующих случаях:

10.1.1. если событие не отвечает признакам Страхового случая, установленным Правилами страхования;

10.1.2. если событие является исключением из Программы страхования;

10.1.3. в случае непредставления документов по факту события, в той части Страховой выплаты, которая не подтверждена документами;

10.1.4. если вред здоровью Застрахованного лица наступил в результате совершения или попытки совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;

10.1.5. если Страхователь, Застрахованное лицо, Сервисная компания или медицинское учреждение предоставили заведомо ложные сведения, связанные с причинами и обстоятельствами наступления Страхового события;

10.1.6. если Страхователь, Застрахованное лицо не уведомили Страховщика о наступлении Страхового события в срок и в порядке, установленных настоящими Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату;

10.1.7. если Застрахованное лицо в течение 3 (трех) месяцев со дня получения информации о готовности организовать его лечение не направит Страховщику подтверждение в любом виде о намерении Застрахованного лица начать организованное Страховщиком лечение, и не приступит к лечению в назначенный срок;

10.1.8. в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в которых Страховщик освобождается от Страховой выплаты.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Действие Договора страхования прекращается в следующих случаях:

11.1.1. истечение срока действия Договора страхования;

11.1.2. при отказе Страхователя от Договора страхования;

11.1.3. по соглашению сторон Договора страхования;

11.1.4. при принятии судом решения о признании Договора страхования недействительным;

11.1.5. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

11.1.6. в случае если возможность наступления Страхового случая отпала или существование Страхового риска прекратилось по причинам иным, чем Страховой случай.

11.2. Расторжение Договора страхования при отказе Страхователя от Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, полученного Страховщиком.

При отказе Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде Страховых случаев, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. При этом Договор страхования прекращается со дня его заключения, если иное не установлено соглашением сторон. Возврат Страховой премии осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

При отказе Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде

Страховых случаев, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты, указанной в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Страховщиком такого заявления Страхователя. Если дата досрочного расторжения Договора страхования в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования не указана, Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения в адрес Страховщика указанного заявления Страхователя.

При отказе Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных днейсо дня заключения Договора страхования, но до вступления Договора страхования в силу, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

При отказе Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, и после вступления Договора страхования в силу уплаченная Страховщику Страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное.

12. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

12.1. Под форс-мажорными обстоятельствами понимаются военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействие ядерной энергии, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, и иные действия органов государственной власти, приводящие к невозможности исполнения обязательств сторонами Договора страхования, в том числе вступление в силу соответствующих законодательных и подзаконных актов.

12.2. При наступлении форс-мажорных обстоятельств непреодолимой силы Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования.

12.3. Сторона Договора страхования, которая не в состоянии исполнить свои обязанности вследствие форс-мажорных обстоятельств, обязуется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после наступления таких обстоятельств письменно уведомить об этом другую сторону Договора страхования, а также о характере и масштабах этих обстоятельств.

12.4. При отсутствии такого письменного уведомления заинтересованная сторона лишается возможности в дальнейшем ссылаться на форс-мажорные обстоятельства.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из Договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований. Иск к Страховщику может быть предъявлен Страхователем (Выгодоприобретателем) в случае полного или частичного отказа Страховщика удовлетворить претензию либо неполучения от Страховщика ответа в тридцатидневный срок с момента поступления Страховщику письменной досудебной претензии.

13.3. При решении спорных вопросов положения, содержащиеся в Договоре страхования, имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования, если при заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик договорились об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении Правил страхования.

13.4. Право на предъявление требования к Страховщику о выплате Страхового обеспечения погашается истечением установленного законодательством срока исковой давности.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний «Формула здоровья»,
утвержденным Приказом №33 от 17.11.2017г

Программы страхования

Программа страхования «Формула здоровья А»

1. Страховыми случаями по настоящей Программе страхования признаются следующие Страховые события, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.3. – 4.9. Правил страхования, произошедшие с Застрахованным лицом впервые в течение Периода непрерывного страхования:

1.1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом – специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга («Диагностирование Злокачественного новообразования»);

Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5(пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования.

Трансплантации костного мозга покрывается страхованием только в случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор.

1.2. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом-специалистом соответствующего профиля плановой Нейрохирургической операции в связи с впервые диагностированным у Застрахованного лица в Период непрерывного страхования заболеваний (за исключением посттравматического характера) головного мозга и прочих внутричерепных структур; доброкачественных опухолей спинного мозга, включая его оболочки, за исключением заболеваний посттравматического характера или врожденных дефектов («Нейрохирургия»);

1.3. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом – специалистом соответствующего профиля проведения Ортопедической операции, за исключением операций в связи с врожденными дефектами («Ортопедия»).

В случае назначения Ортопедической операции в связи с телесным повреждением, наступившим в результате Несчастного случая, такое назначение признается Страховым случаем только при условии, что Несчастный случай, прямым следствием которого явилось назначение Ортопедической операции, произошел в Период непрерывного страхования.

2. Период ожидания

2.1. Период ожидания – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования.

2.2. По настоящей Программе страхования установлен Период ожидания. Период ожидания по Договору страхования составляет 4 (четыре) месяца, за исключением лечения методом Трансплантации костного мозга по риску «Диагностирование Злокачественного

новообразования». По Трансплантации костного мозга период ожидания составляет 6 (Шесть) месяцев.

2.3. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позже, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования (Период непрерывного страхования), заключенного в отношении этого Застрахованного лица.

3. Застрахованное лицо

3.1. По Программе страхования может быть застрахован ребенок или Подопечный Страхователя.

3.2. Не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала Периода непрерывного страхования соответствуют одному или нескольким следующим условиям:

3.2.1. не является гражданином Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором страхования;

3.2.2. является лицом, которому не исполнилось 2 (два) года или исполнилось 18 (восемнадцать) лет;

3.2.3. является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна;

3.2.4. является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;

3.2.5. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга;

3.2.6. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полипоз толстой кишки;

3.2.7. является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет, туберкулез, гепатит B, C, D, аутоиммунные заболевания (ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, болезнь Крона, амилоидоз), неспецифический язвенный колит, инфаркт миокарда, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II- III степени, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит;

3.2.8. является лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанации черепа;

3.2.9. является лицом, относящимся к категории «ребенок-инвалид»;

3.2.10. является лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей индекс массы тела не находится в диапазоне от 13 до 21;

3.2.11. является лицом, у которого отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;
3.2.12. является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;
3.2.13. является лицом, которое выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки, кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта);
3.2.14. является лицом, у которого хотя бы один из ближайших родственников (отец, мать, братья и сестры) болели онкологическими заболеваниями в возрасте до 60 лет.

4. Медицинские и иные услуги, покрываемые страхованием
4.1. Плановые медицинские услуги
4.1.1. Подтверждение установленного Застрахованному лицу диагноза в медицинских организациях, выбранных Сервисной компанией, а именно:
- консультации врачей-специалистов;
- диагностические вмешательства, направленные на проверку и (или) подтверждение диагноза Застрахованного лица, проводимые амбулаторно, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
В случаях, когда при наступлении Страхового случая у Застрахованного лица имеется соответствующее заключения Врача – специалиста, но по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком или Сервисной компанией медицинское учреждение диагноз, указанный в таком заключении, опровергается, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в стационаре до момента получения заключения об опровержении диагноза;
4.1.2. Лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:
- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения молочной железы, в связи с проведенным лечением злокачественного заболевания, стоимость имплантов и внутренних протезов, которые будут использованы во время ортопедической или нейрохирургической операции в лимите не превышающем 900 000 рублей в год на страховой случай;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;
- размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) календарных дней. Указанные в настоящем пункте услуги на размещение, питание, медицинское обслуживание, послеоперационный медицинский пост оплачиваются Страховщиком в размере, не превышающем 600 000 (шестьсот тысяч) рублей;
4.1.2.1. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 30 (тридцати) календарных дней. Если сообщение о Страховом случае было заявлено и согласовано Страховщиком в течение срока действия страхования, то Страховщик оплачивает лечение в

стационарных условиях, проводимое в течение не более 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования.

4.1.2.2. При проведении Трансплантации костного мозга страхованием покрывается:

4.1.2.2.1. госпитализация Застрахованного лица в больнице сроком до 30 (тридцати) календарных дней до Трансплантации костного мозга или лечения, и до 335 (трехсот тридцати пяти) календарных дней после Трансплантации костного мозга или лечения, включая диагностические исследования, лабораторные исследования и лекарственные препараты во время всего периода госпитализации,

4.1.2.2.2. получение органа (костного мозга) для Трансплантации костного мозга у имеющегося донора, консервирование и транспортировка к месту трансплантации.

4.1.3. Амбулаторное лечение и лечение в условиях дневного стационара, а именно, амбулаторные консультации лечащего Врача-специалиста, назначенные после проведенного оперативного вмешательства.

4.1.4. Дополнительно по страховому риску «Злокачественное новообразование» покрывается:

- консультации лечащего Врача – специалиста;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- лекарственные препараты, необходимые для лечения по страховому риску «Злокачественное новообразование»;
- при амбулаторном лечении в условиях дневного стационара оплате подлежат расходы на лечение по основному заболеванию, проводимые до окончания срока действия Договора страхования.

4.2. Услуги Сервисной компании.

4.2.1. Услуги, указанные в п.4.2.2 программы страхования предоставляются _____ (ОГРН_____, ИНН_____, адрес _____).

4.2.2. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, вправе воспользоваться следующими услугами, предоставляемыми Сервисной компанией:

4.2.2.1. подбор профильного медицинского учреждения для проведения диагностики и/или лечения;

4.2.2.2. координация и согласование с Застрахованным лицом и Страховщиком всего процесса лечения;

4.2.2.3. консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе, по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;

4.2.2.4. консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;

4.2.2.5. консультации и помощь в организации для Застрахованного сопутствующих сервисных услуг: помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и сопровождения (без оплаты стоимости билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению), оплата самих услуг осуществляется Застрахованным самостоятельно;

4.2.2.6. организация и оплата Исполнителем транспортировки Застрахованного лица, одного сопровождающего лица из отеля (места пребывания Застрахованного в городе размещения поставщика медицинских услуг) к поставщику медицинских услуг и обратно на такси, при наличии медицинских показаний;

4.2.2.7. организация размещения во время лечения (без ограничения по количеству дней), в том числе в гостинице, в случае отсутствия необходимости пребывания в стационаре, Застрахованного и одного сопровождающего лица, а также живого донора, при необходимости;

4.2.2.8. предоставление личного куратора для сопровождения Застрахованного в медицинских учреждениях в период лечения;

4.2.2.9. предоставление Застрахованному и его родственникам психологической поддержки;

4.2.2.10. услуга «Второе экспертное медицинское мнение». Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» подразумевает дистанционное предоставление Исполнителем Застрахованному лицу экспертного заключения, составленного зарубежным или российским специалистом в соответствующей области медицины, целью которого является уточнение диагноза Застрахованного лица и/или коррекция назначенного Застрахованному лицу плана лечения (далее – Экспертное заключение).

4.2.3. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. - 4.2.2.4. и 4.2.2.9.-4.2.2.10. оказываются Застрахованным лицам, начиная с начала периода действия Договора страхования.

4.2.4. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.5. – 4.2.2.8. оказываются Застрахованным лицам после окончания установленного по Договору страхования Периода ожидания. Данное условие не относится ко второму и последующим Договорам страхования, составляющим Период непрерывного страхования.

4.2.5. Для получения услуг Застрахованное лицо (его законный представитель), при наличии заинтересованности в получении услуги, обращается в Сервисную компанию по телефону 8-800-550-23-10 с 10:00 до 19:00 с понедельника по пятницу или по электронной почте claims@managedcare.ru.

4.2.6. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.8. оказываются путем направления Застрахованному лицу запрошенной информации на электронную почту Застрахованного лица либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица.

5. Порядок оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение»

5.1. Застрахованный вправе обратиться за услугой «Второе экспертное медицинское мнение» по любому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в любое время по одной из следующих медицинских сфер:

5.1.1. онкология,

5.1.2. кардиология,

5.1.3. ортопедия,

5.1.4. неврология,

5.1.5. нефрология.

5.2. Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» оказывается Застрахованному один раз за год действия Договора страхования.

5.3. Для получения услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию в порядке, указанном в п. 4.2.4. настоящей программы страхования.

5.4. Для организации оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованным предоставляются в Сервисную компанию копии следующих документов в электронном виде:

- копия паспорта Застрахованного лица;
- копии документов, подтверждающих право лица, обратившегося вместо Застрахованного лица, на представление интересов Застрахованного лица;
- заключение лечащего врача о диагностировании заболевания, по поводу которого необходимо предоставить Экспертное заключение;
- медицинские документы, включая результаты анализов, проведенных инструментальных исследований, информацию с цифровых носителей информации, в том числе, дисков с записями результатов МРТ, КТ, ПЭТ-КТ и других исследований;
- выписки или заверенные копии амбулаторной/ стационарной карты, выписного эпикриза с указанием диагноза, проведенного обследования и лечения.

5.5. При необходимости Сервисная компания может запрашивать другие документы, сведения и биологические материалы у Застрахованного лица, которые, требуются для организации услуги «Второе экспертное медицинское мнение». Запрос осуществляется путем отправки сообщения на адрес электронной почты, сообщенный Застрахованным, либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица, о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием перечня документов, необходимых для дополнительного предоставления.

5.6. При отсутствии возможности у Застрахованного передать необходимые документы и материалы в Сервисную компанию самостоятельно, Сервисная компания направит за свой счет курьера для получения материалов у Застрахованного лица.

5.7. Выбор клиники, кандидатура эксперта для подготовки Экспертного заключения осуществляется Сервисной компанией.

5.8. Экспертное заключение предоставляется Застрахованному лицу в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.9. В сложных случаях, требующих участия нескольких Врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, обследований, передача Экспертного заключения Застрахованному лицу осуществляется в течение 21 (двадцати одного) рабочего дня со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.10. Экспертное заключение, а также подробная информация о Враче-специалисте, подготовившем Экспертное заключение высылается Застрахованному лицу на указанную им электронную почту. Экспертное заключение предоставляется на языке оригинала с переводом на русский язык.

5.11. Термины, указываемые с заглавной буквы, используются в значениях, установленных в Правилах страхования.

Программа страхования «Формула здоровья Б»

1. Страховыми случаями по настоящей Программе страхования признаются следующие Страховые события, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.3. – 4.9. Правил страхования, произошедшие с Застрахованным лицом впервые в течение Периода непрерывного страхования:

1.1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом – специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга («Диагностирование Злокачественного новообразования»);

Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5(пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования.

Трансплантации костного мозга покрывается страхованием только в случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор.

1.2. Назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим врачом – кардиологом Хирургии на сердце в связи с впервые диагностированным в Период непрерывного страхования заболеванием сердца и коронарных сосудов, за исключением врожденных дефектов («Хирургия на сердце»).

2. Период ожидания

2.1. Период ожидания – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования.

2.2. По настоящей Программе страхования установлен Период ожидания. Период ожидания по Договору страхования составляет 4 (четыре) месяца, за исключением лечения методом Трансплантации костного мозга по риску «Диагностирование Злокачественного новообразования». По Трансплантации костного мозга период ожидания составляет 6 (Шесть) месяцев.

2.3. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позже, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования (Период непрерывного страхования), заключенного в отношении этого Застрахованного лица.

3. Застрахованное лицо

3.1. По Программе страхования может быть застрахован сам Страхователь или иное физическое лицо.

3.2. Не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала Периода непрерывного страхования соответствуют одному или нескольким следующим условиям:

3.2.1. не является гражданином Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором страхования;
3.2.2. является лицом, которому не исполнилось 18 (восемнадцать) лет и исполнилось 65 (шестьдесят пять) лет;
3.2.3. является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна;
3.2.4. является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;
3.2.5. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга;
3.2.6. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полипоз толстой кишки;
3.2.7. является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет, туберкулез, гепатит B, C, D, аутоиммунные заболевания (ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, болезнь Крона, амилоидоз, неспецифический язвенный колит, инфаркт миокарда, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II- III степени, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит;
3.2.8. является лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанации черепа;
3.2.9. является лицом, относящимся к категории инвалид 1 или 2 группы;
3.2.10. является лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей индекс массы тела не находится в диапазоне от 20 до 35;
3.2.11. является лицом, у которого отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;
3.2.12. является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;
3.2.13. является лицом, которое выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки, кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта);
3.2.14. является лицом, у которого хотя бы один из ближайших родственников (отец, мать, братья и сестры) болели онкологическими заболеваниями в возрасте до 60 лет.

4. Медицинские и иные услуги, покрываемые страхованием
4.1. Плановые медицинские услуги

4.1.1. Подтверждение установленного Застрахованному лицу диагноза в медицинских организациях, выбранных Сервисной компанией, а именно:
- консультации врачей-специалистов;
- диагностические вмешательства, направленные на проверку и (или) подтверждение диагноза Застрахованного лица, проводимые амбулаторно, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;
В случаях, когда при наступлении Страхового случая у Застрахованного лица имеется соответствующее заключения Врача – специалиста, но по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком или Сервисной компанией медицинское учреждение диагноз, указанный в таком заключении, опровергается, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в стационаре до момента получения заключения об опровержении диагноза;
4.1.2. Лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:
- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения молочной железы, в связи с проведенным лечением злокачественного заболевания, стоимость имплантов и внутренних протезов, которые будут использованы во время ортопедической или нейрохирургической операции в лимите не превышающем 900 000 рублей в год на страховой случай;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;
- размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) календарных дней. Указанные в настоящем пункте услуги на размещение, питание, медицинское обслуживание, послеоперационный медицинский пост оплачиваются Страховщиком в размере, не превышающем 600 000 (шестьсот тысяч) рублей;
4.1.2.1. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 30 (тридцати) календарных дней. Если сообщение о Страховом случае было заявлено и согласовано Страховщиком в течение срока действия страхования, то Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях, проводимое в течение не более 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования.
4.1.2.2. При проведении Трансплантации костного мозга страхованием покрывается:

4.1.2.2.1. госпитализация Застрахованного лица в больнице сроком до 30 (тридцати) календарных дней до Трансплантации костного мозга или лечения, и до 335 (трехсот тридцати пяти) календарных дней после Трансплантации костного мозга или лечения, включая диагностические исследования, лабораторные исследования и лекарственные препараты во время всего периода госпитализации,
4.1.2.2.2. получение органа (костного мозга) для Трансплантации костного мозга у имеющегося донора, консервирование и транспортировка к месту трансплантации.
4.1.3. Амбулаторное лечение и лечение в условиях дневного стационара, а именно, амбулаторные консультации лечащего Врача-специалиста, назначенные после проведенного оперативного вмешательства.
4.1.4. Дополнительно по страховому риску «Злокачественное новообразование» покрывается:
- консультации лечащего Врача – специалиста;

- лабораторные и инструментальные исследования;
- лекарственные препараты, необходимые для лечения по страховому риску «Злокачественное новообразование»;
- при амбулаторном лечении в условиях дневного стационара оплате подлежат расходы на лечение по основному заболеванию, проводимые до окончания срока действия Договора страхования.

4.2. Услуги Сервисной компании.

4.2.1. Услуги, указанные в п.4.2.2 программы страхования предоставляются _____ (ОГРН_____, ИНН_____, адрес _____).

4.2.2. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, вправе воспользоваться следующими услугами, предоставляемыми Сервисной компанией:

4.2.2.1. подбор профильного медицинского учреждения для проведения диагностики и/или лечения;

4.2.2.2. координация и согласование с Застрахованным лицом и Страховщиком всего процесса лечения;

4.2.2.3. консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе, по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;

4.2.2.4. консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;

4.2.2.5. консультации и помощь в организации для Застрахованного сопутствующих сервисных услуг: помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и сопровождения (без оплаты стоимости билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению), оплата самих услуг осуществляется Застрахованным самостоятельно;

4.2.2.6. организация и оплата Исполнителем транспортировки Застрахованного лица, одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, одного живого донора, из отеля (места пребывания Застрахованного в городе размещения поставщика медицинских услуг) к поставщику медицинских услуг и обратно на такси, при наличии медицинских показаний;

4.2.2.7. организация размещение во время лечения (без ограничения по количеству дней), в том числе в гостинице, в случае отсутствия необходимости пребывания в стационаре, Застрахованного и одного сопровождающего лица, а также живого донора, при необходимости;

4.2.2.8. предоставление личного куратора для сопровождения Застрахованного в медицинских учреждениях в период лечения;

4.2.2.9. предоставление Застрахованному и его родственникам психологической поддержки;

4.2.2.10. услуга «Второе экспертное медицинское мнение». Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» подразумевает дистанционное предоставление Исполнителем Застрахованному лицу экспертного заключения, составленного зарубежным или российским специалистом в соответствующей области медицины, целью которого является уточнение диагноза Застрахованного лица и/или коррекция назначенного Застрахованному лицу плана лечения (далее – Экспертное заключение).

4.2.3. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.4 и 4.2.2.9. – 4.2.2.10. оказываются Застрахованным лицам, начиная с начала периода действия Договора страхования.

4.2.4. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.5. – 4.2.2.8. оказываются Застрахованным лицам после окончания установленного по Договору страхования Периода ожидания. Данное условие не относится ко второму и последующим Договорам страхования, составляющим Период непрерывного страхования.

4.2.5. Для получения услуг Застрахованное лицо (его законный представитель), при наличии заинтересованности в получении услуги, обращается в Сервисную компанию по телефону 8-800-550-23-10 с 10:00 до 19:00 с понедельника по пятницу или по электронной почте claims@managedcare.ru.

4.2.6. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.8. оказываются путем направления Застрахованному лицу запрошенной информации на электронную почту Застрахованного лица либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица.

5. Порядок оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение»

5.1. Застрахованный вправе обратиться за услугой «Второе экспертное медицинское мнение» по любому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в любое время по одной из следующих медицинских сфер:

5.1.1. онкология,

5.1.2. кардиология,

5.1.3. ортопедия,

5.1.4. неврология,

5.1.5. нефрология.

5.2. Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» оказывается Застрахованному один раз за год действия Договора страхования.

5.3. Для получения услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию в порядке, указанном в п. 4.2.4. настоящей программы страхования.

5.4. Для организации оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованным предоставляются в Сервисную компанию копии следующих документов в электронном виде:

- копия паспорта Застрахованного лица;
- копии документов, подтверждающих право лица, обратившегося вместо Застрахованного лица, на представление интересов Застрахованного лица;
- заключение лечащего врача о диагностировании заболевания, по поводу которого необходимо предоставить Экспертное заключение;
- медицинские документы, включая результаты анализов, проведенных инструментальных исследований, информацию с цифровых носителей информации, в том числе, дисков с записями результатов МРТ, КТ, ПЭТ-КТ и других исследований;
- выписки или заверенные копии амбулаторной/ стационарной карты, выписного эпикриза с указанием диагноза, проведенного обследования и лечения.

5.5. При необходимости Сервисная компания может запрашивать другие документы, сведения и биологические материалы у Застрахованного лица, которые, требуются для организации услуги «Второе экспертное медицинское мнение». Запрос осуществляется путем отправки сообщения на адрес электронной почты, сообщенный Застрахованным, либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица, о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием перечня документов, необходимых для дополнительного предоставления.

5.6. При отсутствии возможности у Застрахованного передать необходимые документы и материалы в Сервисную компанию самостоятельно, Сервисная компания направит за свой счет курьера для получения материалов у Застрахованного лица.

5.7. Выбор клиники, кандидатура эксперта для подготовки Экспертного заключения осуществляется Сервисной компанией.

5.8. Экспертное заключение предоставляется Застрахованному лицу в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.9. В сложных случаях, требующих участия нескольких Врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, обследований, передача Экспертного заключения Застрахованному лицу осуществляется в течение 21 (двадцати одного) рабочего дня со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.10. Экспертное заключение, а также подробная информация о Враче-специалисте, подготовившем Экспертное заключение высылается Застрахованному лицу на указанную им электронную почту. Экспертное заключение предоставляется на языке оригинала с переводом на русский язык.

5.11. Термины, указываемые с заглавной буквы, используются в значениях, установленных в Правилах страхования.

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний,
утвержденным Приказом №33 от 17.11.2017г.

РУССКИЙ СТАНДАРТ СТРАХОВАНИЕ

Дата заключения Договора страхования
г.

Договор добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний по программе «Формула здоровья»

(далее – Договор страхования)

№

АО «Русский Стандарт Страхование», в лице Генерального директора Копитайко М.С., действующего на основании Устава, с одной стороны, и Страхователь, с другой стороны, заключили настоящий Договор добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний по программе «Формула здоровья» (далее – Договор страхования) на основании устного заявления Страхователя и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний АО «Русский Стандарт Страхование», утвержденными Приказом №_____ от «__» _____ 2017 г. в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования (далее - Правила страхования) и Программы страхования «__» на нижеследующих условиях.

По настоящему Договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования и уплачиваемую Страхователем Страховую премию при наступлении Страхового случая организовать оказание Застрахованному лицу Плановых медицинских и иных услуг, а также оплатить оказанные Плановые медицинские и иные услуги, указанные в Программе страхования, в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и договорами Страховщика с медицинскими учреждениями и Сервисными компаниями.

Термины, употребляемые с заглавной буквы, употребляются в значениях, установленных Правилами страхования и Программой страхования.

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.

Страховщик	**АО «Русский Стандарт Страхование»** (Лицензия СЛ №3748 от 31.07.2015 г. выдана Центральным Банком Российской Федерации (бессрочно) Адрес: 107023, Россия, г. Москва, ул. Малая Семеновская, д.9, стр.1. Режим работы офиса: пн.-чт. с 9:00 до 18:00, пт. с 9:00 до 16:45, сб.-вс. выходные дни Телефон: (495) 980 77 60 с 8:00 до 20:00 ежедневно, 8 800 700 77 41 круглосуточно Банковские реквизиты: р/с 40701810000000001430 в АО «Банк Русский Стандарт», г. Москва БИК 044525151, к/с 30101810845250000151, ИНН/КПП 7703370086/771801001
Страхователь	**Для физического лица** **ФИО:** Гражданство; Адрес регистрации: Удостоверение личности: паспорт ___ №____, выдан _____ Дата выдачи: ___ г. Дата рождения: Телефон: **Для индивидуального предпринимателя** ФИО Гражданство ОГРН Телефон Адрес электронной почты **Для юридического лица** Наименование ОГРН Адрес
Застрахованное лицо	**ФИО:** Степень родства Страхователя по отношению к Застрахованному лицу (для Застрахованных лиц, являющихся детьми или Подопечными Страхователя): <Степень родства> Адрес проживания: Дата рождения г. Номер телефона Адрес электронной почты

В отношении одного Застрахованного лица может быть заключен и действовать одновременно только один Договор страхования. В случае если, в результате заключения настоящего Договора страхования в отношении одного Застрахованного лица будет заключено два и более Договоров страхования, настоящий Договор страхования является незаключенным, а уплаченная по нему Страховая премия подлежит возврату Страхователю по его заявлению.

Срок действия Договора	Договор страхования вступает в силу с 00:00 часов «___»_____ ____ г. и действует по 23:59 часов «___»_____ _____ г. (при условии оплаты страховой премии в полном объеме до 00:00 часов «___»_____ _____г.)
Период ожидания	Период ожидания – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования. Период ожидания по Договору страхования составляет 4 (четыре) месяца, за исключением лечения методом Трансплантации костного мозга по риску «Диагностирование Злокачественного новообразования». По Трансплантации костного мозга Период ожидания составляет 6 (Шесть) месяцев. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позже, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования (Период непрерывного страхования), заключенного в отношении этого Застрахованного лица.
Страховые риски	1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом – специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга («Диагностирование Злокачественного новообразования»); Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5 (пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования. . Трансплантации костного мозга покрывается страхованием только в случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор. 2. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом-специалистом соответствующего профиля плановой Нейрохирургической операции в связи с впервые диагностированным у Застрахованного лица в Период непрерывного страхования заболеваний головного мозга и прочих внутричерепных структур; доброкачественных опухолей спинного мозга, включая его оболочки за исключением заболеваний посттравматического характера или врожденных дефектов («Нейрохирургия») (применяется только при заключении Договора страхования по Программе страхования А); 3. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом – специалистом соответствующего профиля проведения Ортопедической операции, за исключением операций в связи с врожденными дефектами («Ортопедия») (применяется только при заключении Договора страхования по Программе страхования А) . В случае назначения Ортопедической операции в связи с телесным повреждением, наступившим в результате Несчастного случая, такое назначение признается Страховым случаем только при условии, что Несчастный случай, прямым следствием которого явилось назначение Ортопедической операции, произошел в Период непрерывного страхования. 4. Назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим врачом – кардиологом Хирургии на сердце в связи с впервые диагностированным в Период непрерывного страхования заболеванием сердца и коронарных сосудов, за исключением врожденных дефектов («Хирургия на сердце») (применяется только при заключении Договора страхования по Программе страхования В). По Договору страхования Страховщик организовывает и оплачивает медицинские и иные услуги, перечисленные в Программе страхования. **Не являются страховыми случаями события, указанные в пунктах 4.3.-4.8. Правил страхования.**
Страховая сумма (руб.)	_____ рублей После выплаты страхового возмещения (оплаты счетов за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги) Страховая сумма, установленная по Договору страхования, уменьшается на стоимость оплаченных услуг. В случае исчерпания Страховой суммы полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, а Договор страхования прекращается, при этом уплаченная Страховщику Страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

Страховая премия	Страховая премия составляет Страховая премия уплачивается единовременно

Днем оплаты Страховой премии по Договору страхования считается:
- дата поступления Страховой премии на расчетный счет Страховщика – при безналичной оплате Страховой премии;
- дата принятия Страховой премии Страховщиком или его уполномоченным принимать Страховую премию представителем - при оплате наличными денежными средствами.

Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
Расторжение Договора страхования при отказе Страхователя от Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, полученного Страховщиком.
При отказе Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде Страховых случаев, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. При этом Договор страхования прекращается со дня его заключения, если иное не установлено соглашением сторон. Возврат Страховой премии осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.
При отказе Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде Страховых случаев, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты, указанной в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Страховщиком такого заявления Страхователя. Если дата досрочного расторжения Договора страхования в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования не указана, Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения в адрес Страховщика указанного заявления Страхователя.
При отказе Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, но до вступления Договора страхования в силу, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.
При отказе Страхователя от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, и после вступления Договора страхования в силу уплаченная Страховщику Страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное.

В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса Российской Федерации Стороны подтверждают, что механическое воспроизведение подписи представителя Страховщика признается аналогом собственноручной подписи представителя Страховщика. Изображение оттиска печати Страховщика, нанесенного типографским или иным способом, признается Сторонами надлежащим реквизитом Договора страхования. Документы, содержащие механическое воспроизведение подписи представителя Страховщика и изображение оттиска печати Страховщика, имеют силу, аналогичную документам, собственноручно подписанным представителем Страховщика и с проставленным оттиском печати Страховщика.

Подпись представителя Страховщика

Подпись Страхователя:

Подписывая настоящий Договор страхования, я подтверждаю, что условия Договора страхования и Правил страхования мне разъяснены, я их понял и согласен на заключение Договора страхования на указанных в нем и Правилах страхования условиях. Подтверждаю, что Правила страхования и Программу страхования получил.

Подписывая настоящий Договор страхования, подтверждаю, что все данные, включая контактные данные Застрахованного лица, указанные в настоящем Договоре страхования, достоверны. Страховщик не несет ответственность за невыполнение Договора страхования, если оно возникло по причине невозможности связаться с Застрахованным лицом по контактным данным, указанным в Договоре страхования.

При заключении Договора страхования, подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что на начало Периода непрерывного страхования Застрахованное лицо является гражданином Российской Федерации, не является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна; лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества; лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга; лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полипоз толстой кишки; лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет,

туберкулез, гепатит B, C, D, аутоиммунные заболевания (ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, болезнь Крона, амилоидоз), неспецифический язвенный колит, инфаркт миокарда, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II-III степени, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит; лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанация черепа; лицом, относящимся к категориям: инвалид 1-2 группы, ребенок-инвалид; лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей индекс массы тела находится в диапазоне от 20 до 35 для лиц в возрасте от 18 до 64 лет и находится в диапазоне от 13 до 21 для лиц в возрасте от 2 до 17 лет; лицом, у которых отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров; лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей; лицом, которое выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки, кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта); лицом, у которого хотя бы один из ближайших родственников (отец, мать, братья и сестры) болели онкологическими заболеваниями в возрасте до 60 лет;
что Застрахованному лицу исполнилось 2 (два) года и не исполнилось 18 (восемнадцать) лет – для Программы страхования А, Застрахованному лицу исполнилось 18 (восемнадцать) лет и не исполнилось 65 (шестьдесят пять) лет – для Программы страхования В.
Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что в случае если подобное лицо будет указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного лица, события, произошедшие с ним, Страховыми случаями являться не будут, при этом Договор страхования будет считаться незаключенным в отношении указанного лица, а Страховая премия, уплаченная по такому Договору страхования, подлежит возврату по письменному заявлению Страхователя.

Подписывая Договор страхования, Страхователь дает свое информированное добровольное согласие, а также согласие за Застрахованное лицо, законным представителем которого он является (в случае если Застрахованным лицом является ребенок или Подопечный Страхователя), на обработку персональных данных Страхователя и Застрахованного лица. Согласие дано:
- АО «Русский Стандарт Страхование» (место нахождения: 107023, г. Москва, Малая Семеновская ул., д.9, стр.1), Медицинской организации, оказывающей Медицинские услуги, а также _____ (адрес:_____, ОГРН: _____)- на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ, трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым способом, в том числе как с использованием средств автоматизации (включая программное обеспечение), так и без использования средств автоматизации (с использованием различных материальных носителей, включая бумажные носители) персональных данных Страхователя и Застрахованного лица;
- в отношении любой информации, относящейся к Страхователю и Застрахованному лицу, полученной в результате исполнения Договора страхования, оказания Медицинских услуг и иных услуг, полученной как от Застрахованного лица, Страхователя, так и от третьих лиц, включая: фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, пол, адрес места жительства, адрес места пребывания, степень родства Страхователя и Застрахованного лица, номера телефонов и адрес электронной почты, изображение гражданина, запись его голоса, информацию о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья Застрахованного лица, диагнозе его заболевания;
- для цели исполнения Договора страхования, оказания Медицинских услуг и иных услуг, продвижения продуктов (услуг) Страховщика на рынке, равно как продвижения совместных продуктов Страховщика и третьих лиц и продуктов (товаров, работ, услуг, результатов интеллектуальной деятельности) третьих лиц – партнеров Страховщика;
- на срок действия Договора страхования и пять лет после окончания его действия. Страхователь может отозвать свое согласие посредством направления Страховщику письменного уведомления.
Подписывая Договор страхования, Страхователь предоставляет Страховщику и _____ (адрес:_____, ОГРН _____) право запрашивать любую медицинскую документацию, содержащую сведения

о здоровье Страхователя или Застрахованного лица (в случае если Застрахованным лицом является ребенок или Подопечный Страхователя), в любых медицинских учреждениях в целях урегулирования страхового случая.

Страхователь подтверждает, что согласие Застрахованного лица, аналогичное указанному выше, им получено.

Уплачивая страховую премию, Страхователь подтверждает, что Застрахованное лицо и Страхователь дали согласие на получение от Страховщика рекламы продуктов Страховщика, совместных продуктов Страховщика и третьих лиц, в том числе по сетям электросвязи (включая телефонную связь), допускают участие в опросах, проводимых с целью повышения качества предоставляемых услуг.

_____/

Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского страхования на случай наступления критических заболеваний,
утвержденным Приказом №33 от 17.11.2017г.

ЗАЯВЛЕНИЕ о наступлении страхового события

Я,_____ (ФИО), являясь Застрахованным лицом/Законным представителем Застрахованного лица (нужное подчеркнуть): _____ (ФИО) по Договору страхования № _____от «_____» 201_ г., уведомляю АО «Русский Стандарт Страхование» о наступлении следующего события:

☐ Диагностирование Застрахованному лицу впервые в жизни в период непрерывного страхования Злокачественного новообразования;

☐ Назначение Застрахованному лицу Нейрохирургической операции в период непрерывного страхования (только для Застрахованных лиц от 2 до 17 лет);

☐ Назначение Застрахованному лицу Ортопедической операции в период непрерывного страхования (только для Застрахованных лиц от 2 до 17 лет);

☐ Назначение Застрахованному лицу Хирургической операции на сердце в период непрерывного страхования (только для Застрахованных лиц от 18 до 64 лет).

Дата первичного установления диагноза: «_____»_____ 20___ г.

Дата рекомендованной операции «_____»_____20____г. (заполняется, если такая рекомендация давалась)

Для подтверждения Страхового случая прилагаю следующие документы (приложенные документы необходимо отметить «галочкой»):

☐ копия Договора страхования;

☐ копия паспорта РФ (страницы с ФИО и регистрацией) Застрахованного лица /Законного представителя Застрахованного лица

☐ Свидетельство о рождении Застрахованного лица (обязательно для лиц от 2 до 17 лет)

☐ результаты лабораторных/гистологических, цитологических исследований (нужное подчеркнуть)

☐ результаты рентгенологических методов исследования, МРТ, МСКТ, УЗИ–исследований, ПЭТ,

☐ выписку из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенную печатью выдавшего документ лечебного учреждения, с указанием периода наблюдения, клинического диагноза, дат и результатов проведенного обследования, лечения.

☐ Иные документы (указать)

☐ _____

☐ _____

☐ _____

О решении Страховщика в отношении моего Заявления прошу уведомить Застрахованное лицо/Законного представителя несовершеннолетнего Застрахованного по следующим контактным данным:
Мобильный телефон:_____,
Второй телефон (домашний, мобильный, рабочий (с кодом города)__,
Телефон ближайшего родственника_____
Адрес электронной почты_____
Почтовый адрес: _____
Я уведомлен осознаю и согласен, что при отсутствии / предоставлении мной недостоверной контактной информации Застрахованного лица/Законного представителя Застрахованного лица, Страховщик не сможет выполнить обязательства по Договору страхования. В таком случае, ответственность за неисполнение условий Договора страхования несет Застрахованное лицо/Законный представитель Застрахованного лица

ФИО заявителя:_____/_____(подпись) Дата «_____»_____201_г.

Подписывая настоящее заявление, я, являясь Застрахованным лицом (Законным представителем Застрахованного лица), по Договору страхования, даю согласие АО «Русский Стандарт Страхование» (107023, город Москва, улица Малая Семеновская, дом 9, строение 1), Медицинской организации, оказывающей Медицинские услуги, а также _____ (адрес:_____, ОГРН: _____) на обработку моих персональных данных (персональных данных Застрахованного лица), касающихся моего состояния здоровья (состояния здоровья Застрахованного лица), как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации.
Такое согласие дается мною в целях исполнения Договора страхования.
Согласие дается мною на срок действия Договора страхования и пять лет после окончания его действия. Я понимаю, что могу отозвать свое согласие посредством направления Страховщику письменного уведомления.

Подписывая настоящее заявление, я предоставляю Страховщику и _____ (адрес:_____, ОГРН _____) право запрашивать любую медицинскую документацию, содержащую сведения о моем состоянии здоровья (о состоянии здоровья Застрахованного лица) в любых медицинских учреждениях в целях урегулирования страхового случая.
Подписывая настоящее заявление, подтверждаю, что контактные данные Застрахованного лица, указанные в настоящем Договоре страхования, достоверны. Я понимаю и соглашаюсь, что Страховщик не несет ответственность за невыполнение Договора страхования, если оно возникло по причине невозможности связаться с Застрахованным лицом по контактным данным, указанным в Договоре страхования.

ФИО заявителя:_____/_____(подпись) Дата «_____»_____201_г.

Приложение № 1
к приказу №33 от 09.06.2020г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
АО «Русский Стандарт Страхование»

_____ Копитайко М.С.

«09» июня 2020 года

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА СЛУЧАЙ ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

г. Москва
2020

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Определения
2. Общие положения
3. Субъекты страхования
4. Страховые риски. Страховые случаи
5. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии. Франшиза
6. Срок страхования
7. Порядок заключения договора страхования
8. Права и обязанности сторон по договору страхования
9. Порядок организации оказания Плановых медицинских услуг и иных услуг, порядок и условия осуществления страховой выплаты
10. Основания для отказа в страховой выплате
11. Прекращение договора страхования
12. Порядок разрешения споров

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1 – Программы страхования

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования на случай опасных заболеваний (далее именуемые «Правила страхования») разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют условия заключаемых на их основании договоров добровольного медицинского страхования на случай опасных заболеваний (далее именуемые «Договоры страхования»).

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Термины, указанные в Правилах страхования с заглавной буквы имеют следующие значения.

1.1. **Венерические заболевания** – группа инфекционных заболеваний, преимущественно передающихся половым путём (сифилис, гонорея, донованоз (венерическая гранулема), паховый лимфогранулематоз, мягкий шанкр).

1.2. **Врач-специалист –** врач, получивший от компетентных официальных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющий необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести заключение.

1.3. **Договор страхования –** письменное соглашение Страхователя и Страховщика, определяющее порядок и условия страхования. Договор страхования заключается и оформляется в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования. Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора страхования и обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком.

1.4. **Заболевание** – диагностированное впервые в период действия Договора страхования Врачом-специалистом нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

1.5. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.

1.6. **Злокачественные новообразования** - любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа, относящееся к С00-С97 по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (далее - МКБ-10), за исключением С44 –эпителиальных опухолей кожи (гиперкератоз, базалиома, плоскоклеточный рак), С91.1 – хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований, связанных или на фоне заболевания ВИЧ (любой стадии). Диагноз должен подтверждаться заключением гистологического либо цитологического исследования, а в случае опухолей и новообразований головного мозга злокачественного генеза – заключением онколога, основанным на результатах МРТ (КТ, эмиссионной томографии) исследованиях головного мозга. Диагноз, вследствие которого требуется лечение, должен быть установлен впервые в течение Периода непрерывного страхования.

1.7. **Индекс массы тела (ИМТ)** — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста. Индекс массы тела рассчитывается по формуле: $I=\frac{m}{h^2}$, где: m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах, и измеряется в кг/м².

1.8. **Нейрохирургическая операция** – любое плановое хирургическое вмешательство, рекомендованное нейрохирургом, на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга и его оболочек. Диагноз, послуживший поводом для проведения операции, должен быть установлен впервые в течение Периода непрерывного страхования. К Нейрохирургическим операциям не относятся хирургические вмешательства, проводимые в связи с заболеваниями, которые явились следствием травматических повреждений, иными заболеваниями спинного мозга и его оболочек кроме доброкачественных опухолей, а также врожденными дефектами.

1.9. **Несчастный случай** – внезапное кратковременное внешнее событие, повлекшее за собой телесное повреждение или иное нарушение внутренних и внешних функций организма, или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания или врачебных

манипуляций и произошедшее в течение Периода непрерывного страхования независимо от воли Застрахованного лица и Страхователя.

1.10. **Опьянение** – состояние организма, вызванное приёмом алкоголя, его заменителей, психотропных, токсических или наркотических веществ в любых количествах (за исключением принятия лекарственных средств в строгом соответствии с назначением врача).

1.11. **Ортопедическая операция** – плановое оперативное вмешательство, направленное на лечение заболеваний (в т.ч. посттравматического характера) и расстройств опорно-двигательного аппарата (костно-мышечной системы), диагностированных впервые в течение Периода непрерывного страхования и подтвержденных на основании результатов объективных методов обследования хирургом-ортопедом, и согласованное Страховщиком. К Ортопедической операции не относятся оперативные вмешательства в связи с врожденными дефектами.

1.12. **Период непрерывного страхования** – период времени, начинающийся со дня начала действия первого Договора страхования, заключенного в отношении Застрахованного лица, и заканчивающегося в последний день срока действия последнего Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица, заключенного не позже 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания действия предыдущего Договора страхования. Период непрерывного страхования также распространяется на договоры страхования, заключенные Страхователем и Страховщиком в отношении Застрахованных лиц по иным договорам страхования, содержащих в совокупности страховые риски «Диагностирование Злокачественного новообразования», «Нейрохирургия», «Ортопедия», «Хирургия на сердце».

1.13. **Период ожидания** – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования.

1.14. **Плановые медицинские услуги** - медицинские услуги, выполняемые в заранее согласованные Сервисной компанией и Страховщиком сроки.

1.15. **Подопечный** – гражданин, над которым установлена опека или попечительство.

1.16. **Программа страхования** – перечень видов медицинских и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком по Договору страхования при наступлении Страхового случая. Программа страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

1.17. **Реабилитационно-восстановительное лечение** - комплекс медицинских мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных физиологических функций (потребностей) Застрахованного лица, его трудоспособности, включая, но не ограничиваясь: лечебную физкультуру, занятия на тренажерах, массаж, мануальную терапию, физиотерапевтическое лечение.

1.18. **Сервисная компания (или Ассистанс)** – специализированная организация, которая по поручению Страховщика, на основании заключенного со Страховщиком договора, обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Программой страхования.

1.19. **Срок страхования** – период времени, в течение которого действует страхование.

1.20. **Страхователь –** юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.21. **Страховая выплата (Страховое обеспечение) –** денежная сумма, выплачиваемая Страховщиком путем оплаты Плановых медицинских и иных сервисных услуг, оказанных Сервисными компаниями и медицинскими учреждениями Застрахованному лицу при наступлении Страхового случая.

1.22. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.23. **Страховой риск (Страховое событие)** – предполагаемое событие с Застрахованным лицом, на случай наступления которого проводится страхование.

1.24. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить Страховую выплату.

1.25. **Страховая сумма –** определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик несет ответственность по Договору страхования, и, исходя из величины которой, определяются размеры Страховой премии и Страховой выплаты.
1.26. **Страховой тариф –** ставка Страховой премии с единицы Страховой суммы с учетом объекта страхования и характера Страхового риска.

1.27. **Страховщик –** Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование» (лицензия СЛ № 3748 от 31 июля 2015 года, выдана Центральным Банком Российской Федерации (Банком России) без ограничения срока действия).
1.28. **Трансплантация костного мозга** – плановое медицинское мероприятие, удовлетворяющее следующим условиям:
- проводимое в целях лечения лимфомы или лейкоза, необходимость проведения которого определена не менее чем 2-мя Врачами-специалистами в соответствующей области медицины в соответствии с принятыми медицинскими критериями, при этом диагноз лимфомы или лейкоза должен быть установлен впервые в течение Периода непрерывного страхования и подтвержден гистологически или цитологическими методами исследования;
- проводимое в больнице, согласованной Сервисной компанией и/или Страховщиком;
- не являющееся экспериментальной процедурой и/или процедурой, выполняемой в научно-исследовательских целях;
- проводимое в соответствии с общепризнанными этическими стандартами Российской Федерации;
- в наличии орган (костный мозг), подходящий для трансплантации Застрахованному лицу, и определена больница, которая согласилась провести трансплантацию.
1.29. **Хирургия на сердце** – плановое хирургическое вмешательство, выполняемое трансторакальным или трансстернальным доступом на сердце и коронарных сосудах (сосудах сердца), рекомендованное врачом-кардиологом в связи с заболеванием сердца и коронарных сосудов, впервые диагностированным в течение Периода непрерывного страхования, за исключением хирургических вмешательств в связи с врожденными дефектами. Из Хирургии на сердце исключаются трансплантация сердца, малоинвазивные хирургические операции на сосудах сердца (выполняемые доступом через сосуды), включая, но не ограничиваясь: любые виды стентирования, баллонную ангиопластику, тромболизис. К Хирургии на сердце не относятся радиочастотная абляция, операции на аорте, кроме операций, выполняемых открытым доступом на аортальном клапане и аорто-коронарного шунтирования.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. По Договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами страхования, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования и уплачиваемую Страхователем Страховую премию при наступлении Страхового случая организовать оказание Застрахованному лицу Плановых медицинских и иных услуг, а также оплатить оказанные Плановые медицинские и иные услуги, указанные в Программе страхования, в порядке и на условиях, предусмотренных настоящими Правилами страхования и договорами Страховщика с медицинскими учреждениями и Сервисными компаниями.
2.2. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания Плановых медицинских услуг и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.
2.3. Страхование распространяется на Страховые случаи, произошедшие на территории Российской Федерации. Страхование действует 24 часа в сутки, 365 (366) дней в году в течение Периода непрерывного страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.
2.4. Медицинские услуги, в том числе все медицинские обследования, могут оказываться:
– на территории Российской Федерации
– на территории иностранного государства, указанного в Программе страхования, и на территории Российской Федерации.

Территория страхования устанавливается в Программе страхования.

Страховые выплаты по Договору страхования осуществляются независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, причитающихся Застрахованному лицу по обязательному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовому и иному соглашению, иному договору страхования, заключенному с другим страховщиком, а также независимо от выплат, причитающихся в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

3. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

3.2. Страховщиком является Акционерное общество «Русский Стандарт Страхование» - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, и получившая лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни, в установленном законодательством порядке.

3.3. Страхователь заключает Договоры страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц) Страхователями могут являться:

3.3.1. российские и иностранные юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3.3.2. физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей в соответствии с законодательством Российской Федерации;

3.3.3. дееспособные физические лица – граждане РФ, иностранные граждане или лица без гражданства.

3.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованным лицом может являться Страхователь – физическое лицо, иное физическое лицо, ребенок или Подопечный Страхователя – физического лица, являющиеся гражданами РФ.

3.5. Если иное лицо не указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного лица, Застрахованным лицом по Договору страхования является Страхователь.

3.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала Периода непрерывного страхования соответствуют одному или нескольким следующим условиям:

- не является гражданином Российской Федерации;
- является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна;
- является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;
- является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга;
- является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полип (полипоз) толстой кишки;
- является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет, туберкулез, гепатит B, C, D, жировая дистрофия печени, аутоиммунные заболевания (включая, но не ограничиваясь: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, ревматоидный артрит, болезнь Крона, амилоидоз, саркоидоз, неспецифический язвенный колит, болезнь Бехтерева), рассеянный склероз, инфаркт миокарда, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, легочная гипертензия, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II-III степени, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный

иммунодефицит, наследственные заболевания (муковисцидоз, болезнь Гоше, нарушение системы свертывания крови);

- является лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанация черепа;

- является лицом, относящимся к категориям: инвалид 1-2 группы, «ребенок-инвалид»;

- является лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей Индекс массы тела не находится в диапазоне от 20 до 35 для лиц в возрасте от 18 до 64 лет и не находится в диапазоне от 13 до 21 для лиц в возрасте от 2 до 17 лет;

- является лицом, у которых отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, анемия неясной этиологии, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;

- является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

- является лицом, которое ежедневно на дату заключения Договора страхования и в течение трех лет, предшествующих дате заключения Договора страхования: выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки, кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта);

- является лицом, которому не исполнилось 2 (два) года или исполнилось 65 (шестьдесят пять) лет, если иной возраст не указан в Программе страхования.

В случае если подобное лицо будет указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного лица, события, произошедшие с ним, Страховыми случаями являться не будут.

В случае, если будет обнаружено, что на дату начала Периода непрерывного страхования Застрахованное лицо не соответствовало условиям принятия на страхование, то Страховщик отказывает в Страховой выплате Застрахованному лицу, Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица считается незаключенным, а Страховая премия, уплаченная по Договору страхования в отношении такого Застрахованного лица, подлежит возврату на основании письменного заявления Страхователя. Событие, произошедшее с таким лицом, не будет расцениваться Страховщиком как наступивший Страховой случай ввиду несоответствия такого события признаку случайности его наступления (требование абз.2 п.1 ст.9 Закона РФ от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»)

3.7. В отдельных случаях, на отдельных условиях и за дополнительную плату (или без дополнительной платы, по решению Страховщика) лица, указанные в п. 3.6., являющиеся на момент заключения в отношении них Договора страхования инвалидами 1-ой или 2-ой группы, «ребенок-инвалид», а также лицами, имеющие направление на прохождение государственной медико-социальной экспертизы, ВИЧ-инфицированными, могут быть Застрахованными лицами только при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Факт заключения Договора страхования в отношении такого лица прямо оговаривается по тексту Договора страхования. Перед заключением Договора страхования с указанной категорией лиц Страховщик может потребовать подписания медицинской декларации, проведения медицинского анкетирования или проведения предварительного медицинского обследования (освидетельствования), по результатам проведенных мероприятий Страховщик вправе рассмотреть вопрос о принятии конкретного лица на страхование и/или применении поправочных коэффициентов и/или изменения перечня индивидуальных условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам страхования. Медицинское обследование проводится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования, либо предоставления запрошенной

медицинской и (или) иной документации касательно его состояния здоровья, Страховщик вправе отказать такому лицу в заключении Договора страхования.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми случаями признаются следующие Страховые события, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.3.–4.11. настоящих Правил страхования, произошедшие с Застрахованным лицом впервые в течение Периода непрерывного страхования:

4.1.1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом–специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга (Страховой риск «Диагностирование Злокачественного новообразования»). Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5 (пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования.

Трансплантация костного мозга покрывается Договором страхования, только в том случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор.

4.1.2. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом-специалистом соответствующего профиля плановой Нейрохирургической операции головного мозга и прочих внутричерепных структур; доброкачественных опухолей спинного мозга, включая его оболочки, в связи с впервые диагностированным у Застрахованного лица в Период непрерывного страхования заболеванием, за исключением заболеваний посттравматического характера или врожденных дефектов (Страховой риск «Нейрохирургия»).

4.1.3. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом–специалистом соответствующего профиля проведения Ортопедической операции (Страховой риск «Ортопедия»).

В случае назначения Ортопедической операции в связи с телесным повреждением, наступившим в результате Несчастного случая, такое назначение признается Страховым случаем только при условии, что Несчастный случай, прямым следствием которого явилось назначение Ортопедической операции, произошел в Период непрерывного страхования.

4.1.4. Назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим врачом–кардиологом Хирургии на сердце в связи с впервые диагностированным в Период непрерывного страхования заболеванием сердца и коронарных сосудов (Страховой риск «Хирургия на сердце»).

4.1.5. Обращение Застрахованного лица в период действия Договора страхования в Сервисную компанию за получением услуг по Программе «ОнкоЧекап» в порядке, определенном Программой страхования (Страховой риск «ОнкоЧекап»).

4.1.6. Назначение в течение Периода непрерывного страхования Врачом–специалистом соответствующего профиля проведения лечения за рубежом (Страховой риск «Специальное лечение за рубежом»). «Специальное лечение за рубежом» проводится при одновременном соблюдении всех следующих условий:

4.1.6.1. если лечение не доступно в стране проживания Застрахованного лица;

4.1.6.2. если оно не будет выполнено в ближайшем будущем (до 4 недель), и имеет место угроза жизни Застрахованному лицу или постоянная нетрудоспособность (составляет 80% и более);

4.1.6.3. если за рубежом существует медицинский институт, который может и готов провести лечение для Застрахованного лица в соответствии с условиями Программы страхования;

4.1.6.4. если лечение невозможно провести на территории Российской Федерации.

4.2. Перечень Страховых рисков, на случай наступления которых осуществляется страхование по Договору страхования, из указанных в п.4.1. Правил страхования, указывается в Договоре страхования.

4.3. Страховыми случаями не являются и оплата за оказанные медицинские и иные услуги не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинских и иных услуг:

4.3.1. не предусмотренных Программой страхования;

4.3.2. не назначенных Врачом-специалистом (услуги проведены без медицинских показаний) либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, указанного в Страховом риске;

4.3.3. организованных не Сервисной компанией и/или не согласованных Страховщиком;

4.3.4. по истечении 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования;

4.3.5. по врожденным порокам, по аномалиям развития, наследственным заболеваниям, родовым травмам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

4.3.6. во время протекания беременности;

4.3.7. по реабилитационно-восстановительному лечению;

4.3.8. в эстетических и/или косметических целях, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы по поводу Злокачественного новообразования;

4.3.9. в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых Застрахованному было известно до начала Периода непрерывного страхования (в том числе начата диагностика заболеваний сердца, коронарных сосудов, заболеваний нервной системы, заболеваний костно-суставной системы до начала Периода непрерывного страхования);

4.3.10. в отношении Заболеваний, возникших в Период непрерывного страхования, но по заключению уполномоченного Сервисной компанией Врача-специалиста не имеющих непосредственного отношения к проводимому лечению по Страховому случаю;

4.3.11. в связи с войной. Под понятием «война» понимаются: война или военные операции; мировая война (в одинаковой мере как объявленная, так и не объявленная); вторжение, действия внешних врагов; военные действия, маневры и иные военные мероприятия; военный мятеж; бунт; путч; государственный переворот; общественные беспорядки; гражданская война; восстание; революция; заговор; захват, узурпация власти военными; военное положение, чрезвычайное положение либо период осады; события, являющиеся основанием для объявления войны;

4.3.12. в связи со службой в рядах вооруженных сил и пребыванием в местах лишения свободы или под подпиской о невыезде или предварительного заключения;

4.3.13. в связи с воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.3.14. в связи с нарушением здоровья в результате употребления Застрахованным лицом алкоголя, наркотиков или токсических веществ, если такое нарушение здоровья имеет прямую связь с возникновением страхового случая;

4.3.15. в связи с нарушением здоровья в результате употребления Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным Врачом-специалистом;

4.3.16. в связи с нарушением здоровья, прямо или косвенно вызванным психическим заболеванием Застрахованного лица;

4.3.17. в связи с заболеванием Застрахованного лица Венерическим заболеванием независимо от даты установления диагноза;

4.3.18. в связи с заболеванием и состоянием, которое является прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение независимо от даты установления диагноза.

4.4. По Страховым рискам, указанным в пунктах 4.1.1. Правил страхования Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанные медицинские и иные услуги не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинских и иных услуг:

4.4.1. вследствие появления до начала Периода непрерывного страхования патологических симптомов: повышенных значений онкомаркеров, нефизиологической кровопотери из любых источников, анемии неясной этиологии, тромбоцитопении, патологических переломов, резкой нецеленаправленной потери веса (до 10 кг за 6 месяцев), потерь сознания, дебюта эпилептиформного синдрома, транзиторных ишемических атак, мигрени в течение последних трех лет, выявления папиллома-вирусов человека высокого канцерогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типы), увеличения предстательной железы,

поликистоза почек, поликистоза яичников, доброкачественных опухолей мочевого пузыря, доброкачественных опухолей молочной железы, появление уплотнений в области молочной железы, а также выявление патологических изменений при маммографии, рентгенографии, ультразвуковой диагностике, эндоскопии и других объективных методах исследований, выполненных в том числе при проведении диспансеризации (профилактического обследования), послуживших поводом для обследования и выявления в Период непрерывного страхования онкологического заболевания, а также вследствие выявления в Период непрерывного страхования Злокачественного новообразования в случаях, когда его диагностика была начата до заключения Договора страхования;

4.4.2. вследствие диагностирования Злокачественных новообразований до начала Периода непрерывного страхования;

4.4.3. в связи с раком кожи, кроме меланом, (коды: D04, C44, C60.9, C63.2 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10), Злокачественными новообразованиями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) (Код: C46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10) и хронического лимфоцитарного лейкоза (код C91.1 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10);

4.4.4. в связи с раком молочной железы после операции по увеличению груди.

4.5. По Страховым рискам, указанным в пункте 4.1.3. Правил страхования, Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанные медицинские и иные услуги не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинских и иных услуг:

4.5.1. в целях проведения экстренных хирургических вмешательств в результате травматического повреждения;

4.5.2. вследствие Несчастного случая, произошедшего в связи с:

4.5.2.1. занятием Застрахованным лицом любым видом спорта;

4.5.2.2. совершением или попыткой совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;

4.5.2.3. попыткой самоубийства Застрахованного лица;

4.5.2.4. управлением Застрахованным лицом любым транспортным средством без документа на право управления транспортным средством соответствующей категории (водительского удостоверения), либо без временного разрешения на право управления транспортным средством, когда наличие водительского удостоверения либо временного разрешения обязательны; либо передачей управления транспортным средством лицу, не имеющему документа на право управления транспортным средством соответствующей категории; либо управлением Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения; или передачей Застрахованным лицом управления транспортным средством другому лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;

4.5.2.5. в связи с заболеваниями, протекающими на фоне имевшихся до заключения Договора страхования патологических состояний, включая, но не ограничиваясь: остеопороз, туберкулез, полиомиелит, сифилис, эхинококкоз, опухоли костей (включая метастазы, хондромы), болезнь Педжета, Бехтерева, рахит, наследственные, генетические заболевания, неврогенные нарушения при парезах и параличах.

4.6. По Страховому риску, указанному в п.4.1.2. Правил страхования, не являются страховыми случаями

4.6.1. заболевания, явившиеся следствием травматических повреждений, детского церебрального паралича, других заболеваний (состояний), имевшихся до Заключения Договора страхования;

4.6.2. иные заболевания спинного мозга и его оболочек кроме заболеваний, относящихся к доброкачественным опухолям.

4.7. По Страховому риску, указанному в п.4.1.4 Правил страхования, не является Страховым случаем трансплантация сердца, малоинвазивные хирургические операции на сосудах сердца (выполняемые доступом через сосуды), включая, но не ограничиваясь: любые виды стентирования, баллонную ангиопластику, тромболизис, радиочастотную абляцию, операции на аорте и другие оперативные вмешательства выполненные иным доступом кроме трансторакального или трансстернального доступа.

4.8. По Страховому риску, указанному в п.4.1.3. Правил страхования, не возмещается стоимость любых внешних протезов, вспомогательных средств передвижения и фиксации.

4.9. Не возмещается Страховщиком стоимость лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний, а также по медицинским показаниям, не относящимся к Страховому случаю, при амбулаторном лечении, за исключением лечения противоопухолевыми препаратами, включая специализированные биологические препараты для лечения злокачественных новообразований по Страховому риску «Диагностирование злокачественного новообразования»;

4.10. По Страховому риску, указанному в п. 4.1.5. Правил страхования Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанные Плановые медицинские услуги и иные услуги не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием Плановых медицинских услуг и иных услуг в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения и/или в состоянии, требующем оказания скорой, экстренной или неотложной медицинской помощи.

4.11. По Страховому риску, указанному в п. 4.1.6. Правил страхования Страховыми случаями являются, и оплата за оказанные Плановые медицинские услуги и иные услуги производится при совокупности всех условий, перечисленных в п.4.1.6

4.12. По соглашению сторон Договора страхования в Программе страхования могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхового покрытия, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ. ФРАНШИЗА

5.1. Если иное не установлено в Договоре страхования, Страховая сумма устанавливается по всем Страховым рискам совокупно. Размер Страховой суммы устанавливается соглашением сторон Договора страхования, исходя из выбранной Программы страхования, и указывается в Договоре страхования. Сумма Страховых выплат по Договору страхования не может превышать установленный Договором страхования размер Страховой суммы.

5.2. Договором страхования или Программой страхования могут устанавливаться Страховые суммы по отдельным видам Плановых медицинских услуг и иных услуг, в пределах которых осуществляются Страховые выплаты в связи с организацией и оказанием данных услуг.

5.3. Если иное не установлено в Договоре страхования, Страховая премия по Договору страхования Страхователем уплачивается единовременно. Порядок оплаты Страховой премии определяется в Договоре страхования.

5.4. В случае если Страховая премия не будет уплачена Страхователем в сроки, указанные в Договоре страхования, Договор страхования признается не вступившим в силу, и страхование по нему не предоставляется.

5.5. Для определения размера Страховой премии применяются Страховые тарифы, утвержденные Страховщиком. Страховая премия равняется сумме, полученной в результате умножения Страховой суммы на Страховой тариф, при этом Страховая премия округляется до копеек, и такое округление происходит в большую сторону.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.6. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.7. Страховая премия может быть уплачена Страхователем наличными деньгами, перечислена на расчетный счет Страховщика любым доступным Страхователю способом.

5.8. Датой оплаты Страховой премии по Договору страхования считается:

- дата поступления Страховой премии на расчетный счет Страховщика – при безналичной оплате Страховой премии;

- дата принятия Страховой премии Страховщиком или его уполномоченным принимать Страховую премию представителем - при оплате наличными денежными средствами.

5.9. По соглашению Страхователя и Страховщика в Договоре страхования может быть установлена франшиза. При установлении в Договоре страхования франшизы Страховщик оплачивает расходы, связанные с организацией и оказанием Плановых медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в размере разницы между их стоимостью и размером франшизы, но не более Страховой суммы.

5.10. Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к Страховой сумме или к стоимости медицинских услуг либо в фиксированном размере.

5.11. Франшиза может быть установлена в отношении отдельных видов медицинских или иных услуг.

6. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Если иное не указано в Договоре страхования, срок действия Договора страхования составляет 1 (один) год. Срок действия Договора страхования указывается в Договоре страхования.

6.2. Договором страхования или Программой страхования может быть установлен Период ожидания. Период ожидания может быть установлен отдельно по одному или нескольким Страховым рискам.

6.3. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позднее, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования, заключенного в отношении этого Застрахованного лица, и по предыдущему Договору страхования Период ожидания истек.

6.4. Сроки действия последовательно заключаемых в течение указанного выше периода Договоров страхования составляют Период непрерывного страхования, который начинается с первого дня срока действия первого Договора страхования, заключенного в отношении Застрахованного лица, и заканчивается в последний день срока действия последнего Договора страхования, заключенного в отношении Застрахованного лица.

6.5. В случае если Договор страхования в отношении Застрахованного лица заключен по истечении 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования, заключенного в отношении этого Застрахованного лица, то дата начала срока действия такого Договора страхования признается датой начала нового Периода непрерывного страхования.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком, либо путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его устного заявления Договора страхования, подписанного Страховщиком.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику в устной форме и сообщает Страховщику следующую информацию:

7.2.1. сведения о Страхователе. Если Страхователем является физическое лицо – его ФИО, пол, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, адрес фактического проживания, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты). Если Страхователем является индивидуальный предприниматель – его ФИО, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты), основной государственный регистрационный номер. Если Страхователем является юридическое лицо - его наименование, основной государственный регистрационный номер (ОГРН), адрес местонахождения постоянно действующего исполнительного органа и банковские реквизиты;

7.2.2. сведения о Застрахованном лице (его ФИО, пол, дата рождения, адрес места жительства, адрес фактического проживания, гражданство, контактные данные (телефон, адрес электронной почты), информация о состоянии здоровья).

7.3. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что Застрахованное лицо

соответствует требованиям раздела 3 Правил страхования, предъявляемым к Застрахованным лицам.
В случае если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.
7.4. На основании Правил страхования в отношении одного Застрахованного лица может быть заключен только один Договор страхования.
7.5. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны Договора страхования, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения. Все уведомления и извещения направляются по адресам, указанным в Договоре страхования. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения будут считаться полученными по истечении 7 (семи) календарных дней с даты их направления по прежнему адресу.
7.6. В случае утраты Страхователем экземпляра Договора страхования по письменному заявлению Страхователя Страховщик выдает дубликат Договора страхования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь имеет право:
8.1.1. оформить дубликат Договора страхования в случае его утраты;
8.1.2. проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;
8.1.3. отказаться от Договора страхования в любое время, если возможность наступления Страхового случая не отпала и существование Страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай.
8.2. Страхователь обязан:
8.2.1. уплачивать Страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;
8.2.2. в письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые необходимо внести в условия Договора страхования, в том числе о перемене места жительства, персональных данных Страхователя и Застрахованного лица;
8.2.3. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, Правил страхования, Программ страхования;
8.2.4. в период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях персональных данных Страхователя или Застрахованного лица, а также о перемене их места жительства. Обновление персональных данных может производиться в том числе путем скачивания и заполнения специальной формы, размещенной на официальном сайте Страховщика https://www.rsins.ru и направления её Страховщику путем отправки Почтой России или по электронному адресу Страховщика (в том числе путем прикрепления в окне «оставить обращение»;
8.2.5. исполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования, Договором страхования.
8.3. Застрахованное лицо имеет право:
8.3.1. обращаться за предоставлением Плановых медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой страхования и Договором страхования, в Сервисную компанию;
8.3.2. на получение информации о Страховщике в объеме, на условиях и в порядке, предусмотренных в законодательстве Российской Федерации;
8.3.3. на получение консультаций Страховщика об условиях Правил страхования, Договора страхования и Программ страхования.
8.4. Застрахованное лицо обязано:
8.4.1. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями Договора страхования;
8.4.2. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе оказания Плановых

медицинских услуг и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.4.3. явиться к месту проведения лечения в установленное Страховщиком или Сервисной компанией время. Если Застрахованное лицо не явится к месту проведения лечения без уважительной причины (наличия заболевания, препятствующего прибытию на место лечения), то при повторном назначении места и времени проведения лечения, расходы на предгоспитальную подготовку (анализы, исследования и т.д.) Застрахованное лицо несет самостоятельно.

8.4.4. обеспечить сохранность Договора страхования и не передавать его другим лицам с целью получения ими Плановых медицинских услуг и иных услуг. Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу Договор страхования с целью получения им Плановых медицинских услуг и иных услуг, Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица. Возврат Страховой премии в этом случае не производится.

8.4.5. предоставить по запросу Страховщика документы, подтверждающие факт и обстоятельства наступления Страхового случая.

8.5. Страховщик имеет право:

8.5.1. проверять полноту и достоверность информации, сообщаемой Страхователем (Застрахованным лицом), любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;

8.5.2. запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) информацию, имеющую значение для установления факта Страхового случая и размера Страховых выплат;

8.5.3. проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) положений Договора страхования и Правил страхования;

8.5.4. в установленном законодательством РФ порядке запросить в уполномоченных государственных органах и медицинских учреждениях документы, необходимые для рассмотрения Страхового события и признания его Страховым случаем;

8.5.5. отсрочить принятие решения о Страховой выплате, если по фактам, связанным с наступлением Страхового события, назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства, письменно известив об этом Страхователя;

8.5.6. отказать в Страховой выплате в случаях и в порядке, определенных Правилами страхования, письменно известив об этом Страхователя;

8.5.7. осуществлять иные действия в порядке исполнения положений Правил страхования и Договора страхования.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и условиями Договора страхования;

8.6.2. организовать предоставление Плановых медицинских услуг и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Договором страхования;

8.6.3. при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату в порядке и сроки, определенные Договором страхования, Правилами страхования, или отказать в Страховой выплате, письменно обосновав отказ, или отсрочить Страховую выплату, письменно обосновав отсрочку;

8.6.4. сохранять конфиденциальность информации о Страхователе (Застрахованном лице), если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЛАНОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ИНЫХ УСЛУГ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Для получения Плановых медицинских услуг и иных услуг по Договору страхования, предусмотренных Программой страхования, Застрахованное лицо обращается к Страховщику и предоставляет копии следующих документов:

9.1.1. заявление о наступлении Страхового события;

9.1.2. документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;

9.1.3. результаты лабораторных, гистологических, цитологических, радиологических исследований, МРТ МСКТ, УЗИ–исследований, ПЭТ, подтверждающие установленный диагноз, предусмотренный Страховым риском; а также результаты предыдущих исследований при повторных травмах органа или предшествующих заболеваниях поврежденного органа;

9.1.4. выписку из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного, (выписной эпикриз из истории болезни), заверенную печатью выдавшего документы лечебного учреждения, с указанием периода наблюдения, клинического диагноза, дат и результатов проведенного обследования, лечения;

9.1.5. свидетельство о рождении Застрахованного лица, если им является ребенок или Подопечный Страхователя,

9.1.6. документ, подтверждающий права законного представителя Застрахованного лица.

9.2. Страховщик вправе дополнительно запросить следующие документы:

9.2.1. оригиналы документов, перечисленных в п. 9.1. Правил страхования;

9.2.2. выписку из реестра оказанных медицинских услуг страховой компании ОМС, ДМС, фонда ОМС;

9.2.3. протокол освидетельствования в бюро МСЭ, направление на МСЭ;

9.2.4. заключение Врача-специалиста с указанием даты первичного установления диагноза (даты постановки на учет), Форма № 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом»;

9.2.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного лица за последние пять лет до заключения Договора страхования или до начала Периода непрерывного страхования заболеваниях;

9.2.6. медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного лица об отсутствии обращений Застрахованного лица за последние 5 (пять) лет до начала Периода непрерывного страхования (при диагностировании Злокачественного новообразования).

9.2.7. если событие, признанное Страховым случаем, произошло в результате Несчастного случая, Страховщик вправе запросить следующие дополнительные документы:

9.2.7.1. заверенную копию карты вызова скорой медицинской помощи;

9.2.7.2. заключение судебно-медицинской экспертизы (заверенную экспертизой копию);

9.2.7.3. результаты анализа крови на алкоголь или акт освидетельствования на опьянение, выполненные в течение первых суток с момента наступления Несчастного случая;

9.2.7.4. заверенную лечебным учреждением копию (в полном объеме) стационарной и/или амбулаторной карты Застрахованного лица;

9.2.7.5. копию водительского удостоверения лица, управлявшего транспортным средством в момент Несчастного случая;

9.2.7.6. в зависимости от обстоятельств события, оригинал или заверенную копию документа, подтверждающего обстоятельства Несчастного случая, приведшего к телесному повреждению, в результате которого рекомендованы Плановые медицинские услуги , а именно: акт о травме во время тренировки/соревнования; акт о травме на производстве; акт о пожаре; акт МЧС о несчастном случае; постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; решение суда; акт об аварии на воздушном/наземном/водном транспорте, протокол правоохранительных органов с места ДТП; при отсутствии вышеперечисленных документов, справку из лечебного учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью, содержащую сведения об обстоятельствах несчастного случая;

9.2.8. Все документы, перечисленные в настоящем разделе Правил страхования, предоставляются Страховщику в виде оригиналов или нотариально удостоверенных копий. По дополнительному согласованию со Страховщиком документы могут быть предоставлены в виде копий, удостоверенных печатью учреждения, их выдавшего. Все медицинские документы, полученные за пределами Российской Федерации, предоставляются Страховщику в оригинале с приложением нотариально удостоверенного перевода.

9.3. Если предоставляется оригинал медицинского документа, то он обязательно должен

содержать:

9.3.1. штамп лечебного учреждения (прямоугольный штамп синего цвета ставится в верхнем углу документа), за исключением случаев предоставления документов на фирменном бланке лечебного учреждения;

9.3.2. печать лечебного учреждения (синего цвета круглой (треугольной) формы ставится в нижнем углу документа, либо на подписи врачей);

9.3.3. подпись лечащего врача с расшифровкой ФИО и должности;

9.3.4. подпись заведующего отделением с расшифровкой ФИО и должности или главного врача / заместителя / и.о. главного врача с расшифровкой ФИО и должности.

9.4. Если предоставляется заверенная копия медицинского документа, то она должна быть удостоверена главным врачом или его заместителем организации, выдавшей документ, либо заверена нотариально.

9.5. Плановые медицинские услуги и иные услуги оказываются Застрахованному лицу в соответствии с режимом работы медицинского учреждения.

9.6. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется путем оплаты Страховщиком счетов, выставляемых Сервисными компаниями и медицинскими учреждениями за оказанные Застрахованному лицу Плановые медицинские услуги и иные услуги.

Страховые выплаты посредством оплаты счетов, получаемых от Сервисных компаний, за Плановые медицинские услуги и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам, осуществляются в порядке, в сроки и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Сервисной компанией.

10. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховщик вправе отказать в Страховой выплате и в организации Плановых медицинских услуг и иных услуг в следующих случаях:

10.1.1. если событие не отвечает признакам Страхового случая, установленным Правилами страхования и (или) Договором страхования;

10.1.2. если событие является исключением из Программы страхования;

10.1.3. в случае непредставления документов по факту события, в той части Страховой выплаты, которая не подтверждена документами;

10.1.4. если вред здоровью Застрахованного лица наступил в результате совершения или попытки совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;

10.1.5. если Страхователь, Застрахованное лицо, Сервисная компания или медицинское учреждение предоставили заведомо ложные сведения, связанные с причинами и обстоятельствами наступления Страхового события;

10.1.6. если Страхователь, Застрахованное лицо не уведомили Страховщика о наступлении Страхового события в срок и в порядке, установленных настоящими Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении Страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить Страховую выплату;

10.1.7. если Застрахованное лицо в течение 3 (трех) месяцев со дня получения информации о готовности организовать его лечение не направит Страховщику подтверждение в любом виде о намерении Застрахованного лица начать организованное Страховщиком лечение, и не приступит к лечению в назначенный срок;

10.1.8. в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в которых Страховщик освобождается от Страховой выплаты.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Действие Договора страхования прекращается в следующих случаях:

11.1.1. истечение срока действия Договора страхования;

11.1.2. при отказе Страхователя от Договора страхования;

11.1.3. по соглашению сторон Договора страхования;

11.1.4. при принятии судом решения о признании Договора страхования

недействительным;

11.1.5. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

11.1.6. в случае если возможность наступления Страхового случая отпала или существование Страхового риска прекратилось по причинам иным, чем Страховой случай.

11.2. Расторжение Договора страхования при отказе Страхователя от Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, полученного Страховщиком.

При отказе Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде Страховых случаев, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. При этом Договор страхования прекращается со дня его заключения, если иное не установлено соглашением сторон. Возврат Страховой премии осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, при отсутствии в данном периоде Страховых случаев, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты, указанной в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Страховщиком такого заявления Страхователя. Если дата досрочного расторжения Договора страхования в заявлении Страхователя об отказе от Договора страхования не указана, Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения в адрес Страховщика указанного заявления Страхователя.

При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, но до вступления Договора страхования в силу, уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения Договора страхования, и после вступления Договора страхования в силу уплаченная Страховщику Страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования или соглашением сторон не предусмотрено иное.

По существу могут быть рассмотрены только оригиналы заявлений об отказе от Договора страхования с собственноручной подписью Страхователя – физического лица (далее – Заявления об отказе). При непосредственной подаче Страхователем Заявления об отказе от Договора страхования Страховщику (представителю Страховщика) Страхователь должен для установления его личности предъявить паспорт (при этом Страховщик (его представитель) вправе изготовить копию паспорта Страхователя), а при направлении такого Заявления об отказе посредством ФГУП «Почта России» Страхователь должен приложить к Заявлению об отказе копию своего паспорта (разворота с фотографией Страхователя).

В случае обращения в адрес Страховщика представителя Страхователя – физического лица по доверенности к Заявлению об отказе от Договора страхования должна быть приложена копия доверенности такого представителя Страхователя и копия паспорта такого представителя Страхователя.

При поступлении в адрес Страховщика Заявления об отказе от Договора страхования, не подписанного Страхователем – физическим лицом, либо без копии паспорта Страхователя, либо копии доверенности (при необходимости), либо при поступлении в адрес Страховщика копии Заявления об отказе (в том числе электронной), такое Заявление об отказе не считается полученным Страховщиком. Отправителю такой корреспонденции ответственными сотрудниками Страховщика направляется посредством ФГУП «Почта России» сообщение о необходимости предоставить надлежащим образом оформленный оригинал Заявления об отказе от Договора страхования с приложением необходимых документов.

12. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

12.1. Под форс-мажорными обстоятельствами понимаются военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействие ядерной энергии, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, и иные действия органов государственной власти, приводящие к невозможности исполнения обязательств сторонами Договора страхования, в том числе вступление в силу соответствующих законодательных и подзаконных актов.

12.2. При наступлении форс-мажорных обстоятельств непреодолимой силы Страховщик вправе задержать выполнение обязательств по Договорам страхования.

12.3. Сторона Договора страхования, которая не в состоянии исполнить свои обязанности вследствие форс-мажорных обстоятельств, обязуется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после наступления таких обстоятельств письменно уведомить об этом другую сторону Договора страхования, а также о характере и масштабах этих обстоятельств.

12.4. При отсутствии такого письменного уведомления заинтересованная сторона лишается возможности в дальнейшем ссылаться на форс-мажорные обстоятельства.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13.2. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из Договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований.

13.3. При решении спорных вопросов положения, содержащиеся в Договоре страхования, имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования, если при заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик договорились об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования и о дополнении Правил страхования.

13.4. Право на предъявление требования к Страховщику о выплате Страхового обеспечения погашается истечением установленного законодательством срока исковой давности.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования на случай опасных заболеваний, утвержденным Приказом №33 от 09.06.2020 г

Программы страхования

Программа страхования «Формула здоровья А»

1. Страховыми случаями по настоящей Программе страхования признаются следующие Страховые события, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.3. – 4.11. Правил страхования, произошедшие с Застрахованным лицом впервые в течение Периода непрерывного страхования:

1.1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом – специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга (Страховой риск «Диагностирование Злокачественного новообразования»).

Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5 (пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования.

Трансплантации костного мозга покрывается страхованием только в случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор.

1.2. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом-специалистом соответствующего профиля плановой Нейрохирургической операции в связи с впервые диагностированным у Застрахованного лица в Период непрерывного страхования заболеваний (за исключением посттравматического характера) головного мозга и прочих внутричерепных структур; доброкачественных опухолей спинного мозга, включая его оболочки, за исключением заболеваний посттравматического характера или врожденных дефектов (Страховой риск «Нейрохирургия»);

1.3. Назначение Застрахованному лицу в течение Периода непрерывного страхования Врачом – специалистом соответствующего профиля проведения Ортопедической операции, за исключением операций в связи с врожденными дефектами (Страховой риск «Ортопедия»).

В случае назначения Ортопедической операции в связи с телесным повреждением, наступившим в результате Несчастного случая, такое назначение признается Страховым случаем только при условии, что Несчастный случай, прямым следствием которого явилось назначение Ортопедической операции, произошел в Период непрерывного страхования.

1.4. Назначение в течение Периода непрерывного страхования Врачом–специалистом соответствующего профиля проведения лечения за рубежом (Страховой риск «Специальное лечение за рубежом»).

Если в России лечение недоступно, Застрахованное лицо будет иметь право на лечение за рубежом.

1.4.1. Территория предоставления лечения – все страны мира, за исключением США, Канады, Швейцарии и Японии.

1.4.2. Условия покрытия услуги «Специальное лечение за рубежом»:

1.4.2.1.Лечение является конвенционным медицинским лечением, одобренным всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится.

1.4.3. Специальное лечение за рубежом проводится при одновременном соблюдении всех следующих условий:

1.4.3.1.если лечение не доступно в стране проживания Застрахованного лица;

1.4.3.2.если оно не будет выполнено в ближайшем будущем (до 4 недель), и имеет место угроза жизни Застрахованному лицу или постоянная нетрудоспособность (составляет 80% и более);

1.4.3.3.если за рубежом существует медицинский институт, который может и готов провести лечение для Застрахованного лица в соответствии с условиями настоящей Программы страхования.

2. Период ожидания

2.1. Период ожидания – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования.

2.2. По настоящей Программе страхования установлен Период ожидания. Период ожидания по Договору страхования составляет 4 (четыре) месяца, за исключением лечения методом Трансплантации костного мозга по Страховому риску «Диагностирование Злокачественного новообразования». По Трансплантации костного мозга период ожидания составляет 6 (Шесть) месяцев.

2.3. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позже, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования (Период непрерывного страхования), заключенного в отношении этого Застрахованного лица.

3. Застрахованное лицо

3.1.По Программе страхования может быть застрахован ребенок или Подопечный Страхователя.

3.2.Если иное не предусмотрено Договором страхования, не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала Периода непрерывного страхования соответствуют одному или нескольким следующим условиям:

3.2.1. не является гражданином Российской Федерации;

3.2.2. является лицом, которому не исполнилось 2 (два) года или исполнилось 18 (восемнадцать) лет;

3.2.3. является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна;

3.2.4. является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;

3.2.5. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга;

3.2.6. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полип (полипоз) толстой кишки;

3.2.7. является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет, туберкулез, гепатит B, C, D, аутоиммунные заболевания (включая, но не ограничиваясь: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, ревматоидный артрит, болезнь Крона, амилоидоз, саркоидоз, неспецифический язвенный колит, болезнь Бехтерева), рассеянный склероз, легочная гипертензия, инфаркт миокарда, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II-III степени, хроническое

обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит, наследственные заболевания (муковисцидоз, болезнь Гоше, нарушение системы свертывания крови);

3.2.8. является лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанации черепа; является лицом, относящимся к категории «ребенок-инвалид»;

3.2.9. является лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей индекс массы тела не находится в диапазоне от 13 до 21;

3.2.10. является лицом, у которого отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, анемия неясной этиологии, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;

3.2.11. является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

3.2.12. является лицом, которое ежедневно на дату заключения Договора страхования и в течение трех лет, предшествующих дате заключения Договора страхования: выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки, кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта);

4. Плановые медицинские услуги и иные услуги, покрываемые страхованием

4.1. Плановые медицинские услуги на территории Российской Федерации:

4.1.1. Подтверждение установленного Застрахованному лицу диагноза в медицинских организациях, выбранных Сервисной компанией, а именно:

- консультации врачей-специалистов;
- диагностические вмешательства, направленные на проверку и (или) подтверждение диагноза Застрахованного лица, проводимые амбулаторно, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;

В случаях, когда при наступлении Страхового случая у Застрахованного лица имеется соответствующее заключения Врача – специалиста, но по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком или Сервисной компанией медицинское учреждение диагноз, указанный в таком заключении, опровергается, Страховщик оплачивает Плановые медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в стационаре до момента получения заключения об опровержении диагноза;

4.1.2. Лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:

- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения молочной железы, в связи с проведенным лечением злокачественного заболевания, стоимость имплантов и внутренних протезов, которые будут использованы во время ортопедической или нейрохирургической операции в лимите не превышающем 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на Страховой случай;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;
- размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) календарных дней. Указанные в настоящем пункте услуги на размещение,

питание, медицинское обслуживание, послеоперационный медицинский пост оплачиваются Страховщиком в размере, не превышающем 600 000 (шестьсот тысяч) рублей;

4.1.2.1. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 30 (тридцати) календарных дней. Если сообщение о Страховом случае было заявлено и согласовано Страховщиком в течение срока действия страхования, то Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях, проводимое в течение не более 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования.

4.1.2.2. При проведении Трансплантации костного мозга страхованием покрывается:

4.1.2.2.1. госпитализация Застрахованного лица в больнице сроком до 30 (тридцати) календарных дней до Трансплантации костного мозга или лечения, и до 335 (трехсот тридцати пяти) календарных дней после Трансплантации костного мозга или лечения, включая диагностические исследования, лабораторные исследования и лекарственные препараты во время всего периода госпитализации,

4.1.2.2.2. получение органа (костного мозга) для Трансплантации костного мозга у имеющегося донора, консервирование и транспортировка к месту трансплантации.

4.1.3. Амбулаторное лечение и лечение в условиях дневного стационара, а именно, амбулаторные консультации лечащего Врача-специалиста, назначенные после проведенного оперативного вмешательства.

4.1.4. Дополнительно по Страховому риску «Злокачественное новообразование» покрывается:

- консультации лечащего Врача – специалиста;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- лекарственные препараты противоопухолевые препараты, в том числе специализированные иммунобиологические препараты, необходимые для лечения по Страховому риску «Злокачественное новообразование», разрешенные для применения на территории Российской Федерации;
- при амбулаторном лечении в условиях дневного стационара оплате подлежат расходы на лечение по основному заболеванию, проводимые до окончания срока действия Договора страхования.

4.2. Услуги Сервисной компании.

4.2.1. Услуги, указанные в п.4.2.2 программы страхования, предоставляются _____ (ОГРН_____, ИНН_____, адрес _____).

4.2.2. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, вправе воспользоваться следующими услугами, предоставляемыми Сервисной компанией:

4.2.2.1. подбор профильного медицинского учреждения для проведения диагностики и/или лечения;

4.2.2.2. координация и согласование с Застрахованным лицом и Страховщиком всего процесса лечения;

4.2.2.3. консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе, по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;

4.2.2.4. консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;

4.2.2.5. на территории Российской Федерации: консультации и помощь в организации для Застрахованного лица сопутствующих сервисных услуг: помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и

сопровождения (без оплаты стоимости билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению), оплата самих услуг осуществляется Застрахованным лицом самостоятельно;

4.2.2.6. организация и оплата транспортировки Застрахованного лица, одного сопровождающего лица из отеля (места пребывания Застрахованного лица в городе размещения поставщика Плановых медицинских услуг на территории Российской Федерации) к поставщику Плановых медицинских услуг и обратно на такси, при наличии медицинских показаний;

4.2.2.7. организация размещения во время лечения на территории Российской Федерации (без ограничения по количеству дней), в том числе в гостинице, в случае отсутствия необходимости пребывания в стационаре, Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, а также живого донора, при необходимости. При этом оплата размещения осуществляется Застрахованным лицом самостоятельно;

4.2.2.8. предоставление личного куратора для сопровождения Застрахованного лица в медицинских учреждениях в период лечения;

4.2.2.9. предоставление Застрахованному лицу и его родственникам психологической поддержки;

4.2.2.10. услуга «Второе экспертное медицинское мнение». Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» подразумевает дистанционное предоставление Исполнителем Застрахованному лицу экспертного заключения, составленного зарубежным или российским специалистом в соответствующей области медицины, целью которого является уточнение диагноза Застрахованного лица и/или коррекция назначенного Застрахованному лицу плана лечения (далее – Экспертное заключение).

4.2.3. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. - 4.2.2.4. и 4.2.2.9.-4.2.2.10. оказываются Застрахованным лицам, начиная с начала периода действия Договора страхования.

4.2.4. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.5. – 4.2.2.8. оказываются Застрахованным лицам после окончания установленного по Договору страхования Периода ожидания. Данное условие не относится ко второму и последующим Договорам страхования, составляющим Период непрерывного страхования.

4.2.5. Для получения услуг Застрахованное лицо (его законный представитель), при наличии заинтересованности в получении услуги, обращается в Сервисную компанию по круглосуточному телефону 8-800-511-64-42 или по электронной почте claims@managedcare.ru.

4.2.6. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.8. оказываются путем направления Застрахованному лицу запрошенной информации на электронную почту Застрахованного лица либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица.

4.3. При оказании медицинской помощи по Страховому риску: «Специальное лечение за рубежом». В пределах совокупной Страховой суммы по Договору страхования производится:

4.3.1. оплата стоимости авиабилета эконом-класса для Застрахованного лица, одного сопровождающего лица, живого донора (при необходимости), встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где будет проведено «Специальное лечение за рубежом». При этом состояние здоровья Застрахованного лица должно позволять его транспортировку в страну «Специального лечения за рубежом» общественным авиатранспортом;

4.3.2. оплата проживания Застрахованного лица (при отсутствии необходимости круглосуточного пребывания в лечебном учреждении), одного сопровождающего лица, живого донора (при необходимости): проживание в отеле (3 или 4 звезды), включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного

лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу;

4.3.3. организация и оплата транспортировки в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица (при отсутствии необходимости круглосуточного пребывания в лечебном учреждении), сопровождающего лица и живого донора (при необходимости) на такси из отеля и обратно, при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения «Специального лечения за рубежом»;

4.3.4. организация и оплата «Специального лечения за рубежом», при выполнении условий п.1.4. настоящей Программы страхования:

- лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:
- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;
- размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост;

4.3.5. организация и оплата услуг по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время «Специального лечения за рубежом» в рамках настоящей Программы страхования покрывается: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица;

4.3.6. оказание помощи Застрахованному лицу и одному сопровождающему лицу в получении визы в страну, где будет проходить «Специальное лечение за рубежом» Застрахованное лицо, при этом, визовый сбор оплачивает Застрахованное лицо и сопровождающее лицо самостоятельно;

4.3.7. оплата услуг устного и письменного перевода для Застрахованного лица в выбранном медицинском учреждении на период «Специального лечения за рубежом».

5. Порядок оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение»

5.1. Застрахованный вправе обратиться за услугой «Второе экспертное медицинское мнение» по любому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в любое время по одной из следующих медицинских сфер:

5.1.1. онкология,

5.1.2. кардиология,

5.1.3. ортопедия,

5.1.4. неврология,

5.1.5. нефрология.

5.2. Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» оказывается Застрахованному лицу один раз за год действия Договора страхования.

5.3. Для получения услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию в порядке, указанном в п. 4.2.5. настоящей программы страхования.

5.4. Для организации оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованным лицом предоставляются в Сервисную компанию копии следующих документов в электронном виде:

- копия паспорта Застрахованного лица;

- копии документов, подтверждающих право лица, обратившегося вместо Застрахованного лица, на представление интересов Застрахованного лица;

- заключение лечащего врача о диагностировании заболевания, по поводу которого необходимо предоставить Экспертное заключение;

- медицинские документы, включая результаты анализов, проведенных инструментальных исследований, информацию с цифровых носителей информации, в том числе, дисков с записями результатов МРТ, КТ, ПЭТ-КТ и других исследований;

- выписки или заверенные копии амбулаторной/ стационарной карты, выписного эпикриза с указанием диагноза, проведенного обследования и лечения.

5.5. При необходимости Сервисная компания может запрашивать другие документы, сведения и биологические материалы у Застрахованного лица, которые, требуются для организации услуги «Второе экспертное медицинское мнение». Запрос осуществляется путем отправки сообщения на адрес электронной почты, сообщенный Застрахованным лицом, либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица, о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием перечня документов, необходимых для дополнительного предоставления.

5.6. При отсутствии возможности у Застрахованного лица передать необходимые документы и материалы в Сервисную компанию самостоятельно, Сервисная компания направит за свой счет курьера для получения материалов у Застрахованного лица.

5.7. Выбор клиники, кандидатура эксперта для подготовки экспертного заключения осуществляется Сервисной компанией.

5.8. Экспертное заключение предоставляется Застрахованному лицу в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.9. В сложных случаях, требующих участия нескольких Врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, обследований, передача Экспертного заключения Застрахованному лицу осуществляется в течение 21 (двадцати одного) рабочего дня со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.10. Экспертное заключение, а также подробная информация о Враче-специалисте, подготовившем Экспертное заключение, высылается Застрахованному лицу на указанную им электронную почту. Экспертное заключение предоставляется на языке оригинала с переводом на русский язык.

5.11. Термины, указываемые с заглавной буквы, используются в значениях, установленных в Правилах страхования.

Программа страхования «Формула здоровья Б»

1. Страховыми случаями по настоящей Программе страхования признаются следующие Страховые события, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.3. – 4.11. Правил страхования, произошедшие с Застрахованным лицом впервые в течение Периода непрерывного страхования:

1.1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом – специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга (Страховой риск «Диагностирование Злокачественного новообразования»).

Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5(пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования.

Трансплантации костного мозга покрывается страхованием только в случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор.

1.2. Назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим врачом – кардиологом Хирургии на сердце в связи с впервые диагностированным в Период непрерывного страхования заболеванием сердца и коронарных сосудов, за исключением врожденных дефектов (Страховой риск «Хирургия на сердце»).

1.3. Назначение в течение Периода непрерывного страхования Врачом–специалистом соответствующего профиля проведения лечения за рубежом (Страховой риск «Специальное лечение за рубежом»).

Если в России лечение недоступно, Застрахованное лицо будет иметь право на лечение за рубежом.

1.3.1. Территория предоставления лечения – все страны мира, за исключением США, Канады, Швейцарии и Японии.

1.3.2. Условия покрытия услуги «Специальное лечение за рубежом»:

Лечение является конвенционным медицинским лечением, одобренным всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится.

1.3.3. Специальное лечение за рубежом проводится при одновременном соблюдении всех следующих условий:

1.3.3.1. если лечение не доступно в стране проживания Застрахованного лица;

1.3.3.2. если оно не будет выполнено в ближайшем будущем (до 4 недель), и имеет место угроза жизни Застрахованному лицу или постоянная нетрудоспособность (составляет 80% и более);

1.3.3.3. если за рубежом существует медицинский институт, который может и готов провести лечение для Застрахованного лица в соответствии с условиями настоящей Программы страхования.

2. Период ожидания

2.1. Период ожидания – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования.

2.2. По настоящей Программе страхования установлен Период ожидания. Период ожидания по Договору страхования составляет 4 (четыре) месяца, за исключением лечения методом Трансплантации костного мозга по Страховому риску «Диагностирование Злокачественного новообразования». По Трансплантации костного мозга период ожидания составляет 6 (Шесть) месяцев.

2.3. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позже, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего

Договора страхования (Период непрерывного страхования), заключенного в отношении этого Застрахованного лица.

3. Застрахованное лицо

3.1. По Программе страхования может быть застрахован сам Страхователь или иное физическое лицо.

3.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала Периода непрерывного страхования соответствуют одному или нескольким следующим условиям:

3.2.1. не является гражданином Российской Федерации;

3.2.2. является лицом, которому не исполнилось 18 (восемнадцать) лет и исполнилось 65 (шестьдесят пять) лет;

3.2.3. является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна;

3.2.4. является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;

3.2.5. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз Злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга;

3.2.6. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полип (полипоз) толстой кишки;

3.2.7. является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет, туберкулез, гепатит B, C, D, жировая дистрофия печени, аутоиммунные заболевания (включая, но не ограничиваясь: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, ревматоидный артрит, болезнь Крона, амилоидоз, саркоидоз, неспецифический язвенный колит, болезнь Бехтерова) инфаркт миокарда, рассеянный склероз, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, легочная гипертензия, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II-III степени, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит, наследственные заболевания (муковисцидоз, болезнь Гоше, нарушение системы свертывания крови);

3.2.8. является лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанации черепа;

3.2.9. является лицом, относящимся к категории инвалид 1 или 2 группы;

3.2.10. является лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей Индекс массы тела не находится в диапазоне от 20 до 35;

3.2.11. является лицом, у которого отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, анемия неясной этиологии, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;

3.2.12. является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

3.2.13. является лицом, которое ежедневно на дату заключения Договора страхования и в течение трех лет, предшествующих дате заключения Договора страхования: выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки,

кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта).

4. Плановые медицинские услуги и иные услуги, покрываемые страхованием

4.1.Плановые медицинские услуги на территории Российской Федерации:

4.1.1. Подтверждение установленного Застрахованному лицу диагноза в медицинских организациях, выбранных Сервисной компанией, а именно:

- консультации врачей-специалистов;
- диагностические вмешательства, направленные на проверку и (или) подтверждение диагноза Застрахованного лица, проводимые амбулаторно, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;

В случаях, когда при наступлении Страхового случая у Застрахованного лица имеется соответствующее заключения Врача – специалиста, но по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком или Сервисной компанией медицинское учреждение диагноз, указанный в таком заключении, опровергается, Страховщик оплачивает Плановые медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в стационаре до момента получения заключения об опровержении диагноза;

4.1.2. Лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:

- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения молочной железы, в связи с проведенным лечением Злокачественного заболевания, стоимость имплантов и внутренних протезов, которые будут использованы во время ортопедической или нейрохирургической операции в лимите не превышающем 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на страховой случай;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;
- размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) календарных дней. Указанные в настоящем пункте услуги на размещение, питание, медицинское обслуживание, послеоперационный медицинский пост оплачиваются Страховщиком в размере, не превышающем 600 000 (шестьсот тысяч) рублей;

4.1.2.1.В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 30 (тридцати) календарных дней. Если сообщение о Страховом случае было заявлено и согласовано Страховщиком в течение срока действия страхования, то Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях, проводимое в течение не более 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования.

4.1.2.2.При проведении Трансплантации костного мозга страхованием покрывается:

4.1.2.2.1. госпитализация Застрахованного лица в больнице сроком до 30 (тридцати) календарных дней до Трансплантации костного мозга или лечения, и до 335 (трехсот тридцати пяти) календарных дней после Трансплантации костного мозга или лечения, включая диагностические исследования, лабораторные исследования и лекарственные препараты во время всего периода госпитализации,

4.1.2.2.2. получение органа (костного мозга) для Трансплантации костного мозга у имеющегося донора, консервирование и транспортировка к месту трансплантации.

4.1.3. Амбулаторное лечение и лечение в условиях дневного стационара, а именно, амбулаторные консультации лечащего Врача-специалиста, назначенные после проведенного оперативного вмешательства.

4.1.4. Дополнительно по страховому риску «Злокачественное новообразование» покрывается:
- консультации лечащего Врача – специалиста;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- лекарственные противоопухолевые препараты, в том числе специализированные иммунобиологические препараты, необходимые для лечения по Страховому риску «Злокачественное новообразование», разрешенные для применения в Российской Федерации;
- при амбулаторном лечении в условиях дневного стационара оплате подлежат расходы на лечение по основному заболеванию, проводимые до окончания срока действия Договора страхования.

4.2. Услуги Сервисной компании.

4.2.1. Услуги, указанные в п.4.2.2 программы страхования, предоставляются _____ (ОГРН_____, ИНН_____, адрес _____).

4.2.2. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, вправе воспользоваться следующими услугами, предоставляемыми Сервисной компанией:

4.2.2.1. подбор профильного медицинского учреждения для проведения диагностики и/или лечения;

4.2.2.2. координация и согласование с Застрахованным лицом и Страховщиком всего процесса лечения;

4.2.2.3. консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе, по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;

4.2.2.4. консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;

4.2.2.5. консультации и помощь в организации для Застрахованного сопутствующих сервисных услуг на территории Российской Федерации: помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и сопровождения (без оплаты стоимости билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению), оплата самих услуг осуществляется Застрахованным лицом самостоятельно;

4.2.2.6. организация и оплата транспортировки Застрахованного лица, одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, одного живого донора, из отеля (места пребывания Застрахованного лица в городе размещения поставщика Плановых медицинских услуг на территории Российской Федерации) к поставщику Плановых медицинских услуг и обратно на такси, при наличии медицинских показаний;

4.2.2.7. организация размещение во время лечения на территории Российской Федерации (без ограничения по количеству дней), в том числе в гостинице, в случае отсутствия необходимости пребывания в стационаре, Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, а также живого донора, при необходимости. При этом оплата размещения осуществляется Застрахованным лицом самостоятельно;

4.2.2.8. предоставление личного куратора для сопровождения Застрахованного лица в медицинских учреждениях в период лечения;

4.2.2.9. предоставление Застрахованному лицу и его родственникам психологической поддержки;

4.2.2.10. услуга «Второе экспертное медицинское мнение». Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» подразумевает дистанционное предоставление Исполнителем Застрахованному лицу экспертного заключения, составленного зарубежным или российским специалистом в соответствующей области медицины, целью которого является уточнение диагноза Застрахованного лица и/или коррекция назначенного Застрахованному лицу плана лечения (далее – Экспертное заключение).

4.2.3. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.4 и 4.2.2.9. – 4.2.2.10. оказываются Застрахованным лицам, начиная с начала периода действия Договора страхования.

4.2.4. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.5. – 4.2.2.8. оказываются Застрахованным лицам после окончания установленного по Договору страхования Периода ожидания. Данное условие не относится ко второму и последующим Договорам страхования, составляющим Период непрерывного страхования.

4.2.5. Для получения услуг Застрахованное лицо (его законный представитель), при наличии заинтересованности в получении услуги, обращается в Сервисную компанию по круглосуточному телефону 8-800-511-64-42 или по электронной почте claims@managedcare.ru.

4.2.6. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.8. оказываются путем направления Застрахованному лицу запрошенной информации на электронную почту Застрахованного лица либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица.

4.3. При оказании медицинской помощи по Страховому риску «Специальное лечение за рубежом». В пределах совокупной Страховой суммы по Договору страхования производится:

4.3.1. оплата авиабилета эконом-класса для Застрахованного лица, одного сопровождающего лица, живого донора (при необходимости), встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где будет проведено «Специальное лечение за рубежом». При этом состояние здоровья Застрахованного лица должно позволять его транспортировку в страну «Специального лечения за рубежом» общественным авиатранспортом;

4.3.2. оплата проживания Застрахованного лица (при отсутствии необходимости круглосуточного пребывания в лечебном учреждении), одного сопровождающего лица, живого донора (при необходимости): проживание в отеле (3 или 4 звезды), включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу;

4.3.3. организация и оплата транспортировки в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица (при отсутствии необходимости круглосуточного пребывания в лечебном учреждении), сопровождающего лица и живого донора(при необходимости) на такси из отеля и обратно, при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения «Специального лечения за рубежом»;

4.3.4. организация и оплата «Специального лечения за рубежом», при выполнении условий п.1.4. настоящей Программы страхования:

- лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:
- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;
- размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост;

4.3.5. организация и оплата услуг по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время «Специального лечения за рубежом» в рамках настоящей Программы страхования покрывается: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица;

4.3.6. оказание помощи Застрахованному лицу и одному сопровождающему лицу в получении визы в страну, где будет проходить «Специальное лечение за рубежом» Застрахованное лицо, при этом, визовый сбор оплачивает Застрахованное лицо и сопровождающее лицо самостоятельно;

4.3.7. оплата услуг устного и письменного перевода для Застрахованного лица в выбранном медицинском учреждении на период «Специального лечения за рубежом».

5. Порядок оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение»

5.1. Застрахованное лицо вправе обратиться за услугой «Второе экспертное медицинское мнение» по любому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в любое время по одной из следующих медицинских сфер:

5.1.1. онкология,

5.1.2. кардиология,
5.1.3. ортопедия,
5.1.4. неврология,
5.1.5. нефрология.

5.2. Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» оказывается Застрахованному лицу один раз за год действия Договора страхования.

5.3. Для получения услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию в порядке, указанном в п. 4.2.4. настоящей программы страхования.

5.4. Для организации оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованным лицом предоставляются в Сервисную компанию копии следующих документов в электронном виде:

- копия паспорта Застрахованного лица;
- копии документов, подтверждающих право лица, обратившегося вместо Застрахованного лица, на представление интересов Застрахованного лица;
- заключение лечащего врача о диагностировании заболевания, по поводу которого необходимо предоставить Экспертное заключение;
- медицинские документы, включая результаты анализов, проведенных инструментальных исследований, информацию с цифровых носителей информации, в том числе, дисков с записями результатов МРТ, КТ, ПЭТ-КТ и других исследований;
- выписки или заверенные копии амбулаторной/ стационарной карты, выписного эпикриза с указанием диагноза, проведенного обследования и лечения.

5.5. При необходимости Сервисная компания может запрашивать другие документы, сведения и биологические материалы у Застрахованного лица, которые, требуются для организации услуги «Второе экспертное медицинское мнение». Запрос осуществляется путем отправки сообщения на адрес электронной почты, сообщенный Застрахованным лицом, либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица, о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием перечня документов, необходимых для дополнительного предоставления.

5.6. При отсутствии возможности у Застрахованного лица передать необходимые документы и материалы в Сервисную компанию самостоятельно, Сервисная компания направит за свой счет курьера для получения материалов у Застрахованного лица.

5.7. Выбор клиники, кандидатура эксперта для подготовки Экспертного заключения осуществляется Сервисной компанией.

5.8. Экспертное заключение предоставляется Застрахованному лицу в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.9. В сложных случаях, требующих участия нескольких Врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, обследований, передача Экспертного заключения Застрахованному лицу осуществляется в течение 21 (двадцати одного) рабочего дня со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.10. Экспертное заключение, а также подробная информация о Враче-специалисте, подготовившем Экспертное заключение высылается Застрахованному лицу на указанную им электронную почту. Экспертное заключение предоставляется на языке оригинала с переводом на русский язык.

5.11. Термины, указываемые с заглавной буквы, используются в значениях, установленных в Правилах страхования.

Комплексная программа страхования «Формула здоровья Б+»

Комплексная программа страхования «Формула здоровья Б+» включает оказание медицинских и иных услуг по программам страхования «Формула здоровья Б» и «ОнкоЧекап».

Программа страхования «Формула здоровья Б»

1. Страховыми случаями по настоящей Программе страхования признаются следующие Страховые события, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.3. – 4.11. Правил страхования, произошедшие с Застрахованным лицом впервые в течение Периода непрерывного страхования:

1.1. Диагностирование Застрахованному лицу впервые в течение Периода непрерывного страхования Злокачественного новообразования, повлекшее назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим Врачом – специалистом соответствующего профиля Плановых медицинских услуг: хирургических методов лечения; лучевой терапии; химиотерапии; иммунотерапии; гормонотерапии, Трансплантации костного мозга (Страховой риск «Диагностирование Злокачественного новообразования»).

Страхованием по настоящему Страховому риску покрывается одна Трансплантация костного мозга в течение срока страхования (1 года) и не более 5 (пяти) Трансплантаций костного мозга за весь Период непрерывного страхования.

Трансплантации костного мозга покрывается страхованием только в случае, если она выполнена в больнице, с которой у Страховщика или Сервисной компании заключен договор.

1.2. Назначение в течение Периода непрерывного страхования лечащим врачом – кардиологом Хирургии на сердце в связи с впервые диагностированным в Период непрерывного страхования заболеванием сердца и коронарных сосудов, за исключением врожденных дефектов (Страховой риск «Хирургия на сердце»).

1.3. Назначение в течение Периода непрерывного страхования Врачом–специалистом соответствующего профиля проведения лечения за рубежом (Страховой риск «Специальное лечение за рубежом»).

Если в России лечение недоступно, Застрахованное лицо будет иметь право на лечение за рубежом.

1.3.1. Территория предоставления лечения – все страны мира, за исключением США, Канады, Швейцарии и Японии.

1.3.2. Условия покрытия услуги «Специальное лечение за рубежом»:

Лечение является конвенционным медицинским лечением, одобренным всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится.

1.3.3. Специальное лечение за рубежом проводится при одновременном соблюдении всех следующих условий:

1.3.3.1. если лечение не доступно в стране проживания Застрахованного лица;

1.3.3.2. если оно не будет выполнено в ближайшем будущем (до 4 недель), и имеет место угроза жизни Застрахованному лицу или постоянная нетрудоспособность (составляет 80% и более);

1.3.3.3. если за рубежом существует медицинский институт, который может и готов провести лечение для Застрахованного лица в соответствии с условиями настоящей Программы страхования.

2. Период ожидания

2.1. Период ожидания – период времени со дня начала срока действия Договора страхования, в течение которого медицинские и иные услуги Застрахованному лицу не организуются, а оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено Программой страхования.

2.2. По настоящей Программе страхования установлен Период ожидания. Период ожидания по Договору страхования составляет 4 (четыре) месяца, за исключением лечения методом Трансплантации костного мозга по Страховому риску «Диагностирование Злокачественного новообразования». По Трансплантации костного мозга период ожидания составляет 6 (Шесть) месяцев.

2.3. Условия о Периоде ожидания не применяются к Договору страхования, заключенному в отношении Застрахованного лица, если такой Договор страхования заключен не позже, чем через 15 (пятнадцать) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования (Период непрерывного страхования), заключенного в отношении этого Застрахованного лица.

3. Застрахованное лицо

3.1. По Программе страхования может быть застрахован сам Страхователь или иное физическое лицо.

3.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не подлежат страхованию и не могут являться Застрахованными лицами физические лица, которые на дату начала Периода непрерывного страхования соответствуют одному или нескольким следующим условиям:

3.2.1. не является гражданином Российской Федерации;

3.2.2. является лицом, которому не исполнилось 18 (восемнадцать) лет и исполнилось 65 (шестьдесят пять) лет;

3.2.3. является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами международной классификации болезней 10-го пересмотра F00-F99), болезнью Дауна;

3.2.4. является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;

3.2.5. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз Злокачественное новообразование, в том числе in situ, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга;

3.2.6. является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз: пищевод Барретта, дисплазия шейки матки, а также язва желудка, алкогольная болезнь печени, полип желудка, полип (полипоз) толстой кишки;

3.2.7. является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения); которому когда-либо устанавливался диагноз: сахарный диабет, туберкулез, гепатит B, C, D, жировая дистрофия печени, аутоиммунные заболевания (включая, но не ограничиваясь: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, ревматоидный артрит, болезнь Крона, амилоидоз, саркоидоз, неспецифический язвенный колит, болезнь Бехтерова), инфаркт миокарда, рассеянный склероз, дилятационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца, легочная гипертензия, цирроз печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II-III степени, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), полицитемия, крипторхизм, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит, наследственные заболевания (муковисцидоз, болезнь Гоше, нарушение системы свертывания крови);

3.2.8. является лицом, которому проводились хирургические операции: по трансплантации органа или костного мозга, на клапанах сердца, трепанации черепа;

3.2.9. является лицом, относящимся к категории инвалид 1 или 2 группы;

3.2.10. является лицом, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей Индекс массы тела не находится в диапазоне от 20 до 35;

3.2.11. является лицом, у которого отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, анемия неясной этиологии, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;

3.2.12. является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;

3.2.13. является лицом, которое ежедневно на дату заключения Договора страхования и в течение трех лет, предшествующих дате заключения Договора страхования: выкуривает более 20 сигарет в день или курит ежедневно электронные сигареты, сигары, трубки, кальян/наргиле, или другие никотиновые заменители и употребляет алкоголь более чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта).

4. Плановые медицинские услуги и иные услуги, покрываемые страхованием

4.1. Плановые медицинские услуги на территории Российской Федерации:

4.1.1. Подтверждение установленного Застрахованному лицу диагноза в медицинских организациях, выбранных Сервисной компанией, а именно:

- консультации врачей-специалистов;
- диагностические вмешательства, направленные на проверку и (или) подтверждение диагноза Застрахованного лица, проводимые амбулаторно, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;

В случаях, когда при наступлении Страхового случая у Застрахованного лица имеется соответствующее заключения Врача – специалиста, но по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком или Сервисной компанией медицинское учреждение диагноз, указанный в таком заключении, опровергается, Страховщик оплачивает Плановые медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в стационаре до момента получения заключения об опровержении диагноза;

4.1.2. Лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:

- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- имплантация молочных желез, необходимая в целях реконструктивного лечения молочной железы, в связи с проведенным лечением Злокачественного заболевания, стоимость имплантов и внутренних протезов, которые будут использованы во время ортопедической или нейрохирургической операции в лимите не превышающем 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в год на страховой случай;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;
- размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 (восьми) календарных дней. Указанные в настоящем пункте услуги на размещение, питание, медицинское обслуживание, послеоперационный медицинский пост оплачиваются Страховщиком в размере, не превышающем 600 000 (шестьсот тысяч) рублей;

4.1.2.1. В случае истечения срока действия Договора страхования при неоконченном лечении в стационарных условиях оплате подлежат расходы на лечение в стационарных условиях до выписки Застрахованного лица из стационара, но не более 30 (тридцати) календарных дней. Если сообщение о Страховом случае было заявлено и согласовано Страховщиком в течение срока действия страхования, то Страховщик оплачивает лечение в стационарных условиях, проводимое в течение не более 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования.

4.1.2.2. При проведении Трансплантации костного мозга страхованием покрывается:

4.1.2.2.1. госпитализация Застрахованного лица в больнице сроком до 30 (тридцати) календарных дней до Трансплантации костного мозга или лечения, и до 335

(трехсот тридцати пяти) календарных дней после Трансплантации костного мозга или лечения, включая диагностические исследования, лабораторные исследования и лекарственные препараты во время всего периода госпитализации,

4.1.2.2.2. получение органа (костного мозга) для Трансплантации костного мозга у имеющегося донора, консервирование и транспортировка к месту трансплантации.

4.1.3. Амбулаторное лечение и лечение в условиях дневного стационара, а именно, амбулаторные консультации лечащего Врача-специалиста, назначенные после проведенного оперативного вмешательства.

4.1.4. Дополнительно по страховому риску «Злокачественное новообразование» покрывается:

- консультации лечащего Врача – специалиста;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- лекарственные противоопухолевые препараты, в том числе специализированные иммунобиологические препараты, необходимые для лечения по Страховому риску «Злокачественное новообразование», разрешенные для применения в Российской Федерации;
- при амбулаторном лечении в условиях дневного стационара оплате подлежат расходы на лечение по основному заболеванию, проводимые до окончания срока действия Договора страхования.

4.2. Услуги Сервисной компании.

4.2.1. Услуги, указанные в п.4.2.2 программы страхования, предоставляются _____ (ОГРН_____, ИНН_____, адрес _____).

4.2.2. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, вправе воспользоваться следующими услугами, предоставляемыми Сервисной компанией:

4.2.2.1. подбор профильного медицинского учреждения для проведения диагностики и/или лечения;

4.2.2.2. координация и согласование с Застрахованным лицом и Страховщиком всего процесса лечения;

4.2.2.3. консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе, по порядку получения квот на высокотехнологичную медицинскую помощь;

4.2.2.4. консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;

4.2.2.5. консультации и помощь в организации для Застрахованного сопутствующих сервисных услуг на территории Российской Федерации: помощь в организации трансферов, проживания, услуг перевода и сопровождения (без оплаты стоимости билетов, трансфера, проживания, переводческих услуг и услуг по сопровождению), оплата самих услуг осуществляется Застрахованным лицом самостоятельно;

4.2.2.6. организация и оплата транспортировки Застрахованного лица, одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, одного живого донора, из отеля (места пребывания Застрахованного лица в городе размещения поставщика Плановых медицинских услуг на территории Российской Федерации) к поставщику Плановых медицинских услуг и обратно на такси, при наличии медицинских показаний;

4.2.2.7. организация размещение во время лечения на территории Российской Федерации (без ограничения по количеству дней), в том числе в гостинице, в случае отсутствия необходимости пребывания в стационаре, Застрахованного лица и одного сопровождающего лица, а также живого донора, при необходимости. При этом оплата размещения осуществляется Застрахованным лицом самостоятельно;

4.2.2.8. предоставление личного куратора для сопровождения Застрахованного лица в медицинских учреждениях в период лечения;

4.2.2.9. предоставление Застрахованному лицу и его родственникам психологической поддержки;

4.2.2.10. услуга «Второе экспертное медицинское мнение». Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» подразумевает дистанционное предоставление Исполнителем Застрахованному лицу экспертного заключения, составленного зарубежным или российским специалистом в соответствующей области медицины, целью которого является уточнение диагноза Застрахованного лица и/или коррекция назначенного Застрахованному лицу плана лечения (далее – Экспертное заключение).

4.2.3. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.4 и 4.2.2.9. – 4.2.2.10. оказываются Застрахованным лицам, начиная с начала периода действия Договора страхования.

4.2.4. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.5. – 4.2.2.8. оказываются Застрахованным лицам после окончания установленного по Договору страхования Периода ожидания. Данное условие не относится ко второму и последующим Договорам страхования, составляющим Период непрерывного страхования.

4.2.5. Для получения услуг Застрахованное лицо (его законный представитель), при наличии заинтересованности в получении услуги, обращается в Сервисную компанию по круглосуточному телефону 8-800-511-64-42 или по электронной почте claims@managedcare.ru.

4.2.6. Услуги, указанные в пунктах 4.2.2.1. – 4.2.2.8. оказываются путем направления Застрахованному лицу запрошенной информации на электронную почту Застрахованного лица либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица.

4.3. При оказании медицинской помощи по Страховому риску: «Специальное лечение за рубежом». В пределах совокупной Страховой суммы по Договору страхования производится:

4.3.1. оплата авиабилета эконом-класса для Застрахованного лица, одного сопровождающего лица, живого донора (при необходимости), встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где будет проведено «Специальное лечение за рубежом». При этом состояние здоровья Застрахованного лица должно позволять его транспортировку в страну «Специального лечения за рубежом» общественным авиатранспортом;

4.3.2. оплата проживания Застрахованного лица (при отсутствии необходимости круглосуточного пребывания в лечебном учреждении), одного сопровождающего лица, живого донора (при необходимости): проживание в отеле (3 или 4 звезды), включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для Застрахованного лица и его сопровождающего лица. Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу;

4.3.3. организация и оплата транспортировки в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица (при отсутствии необходимости круглосуточного пребывания в лечебном учреждении), сопровождающего лица и живого донора(при необходимости) на такси из отеля и обратно, при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения «Специального лечения за рубежом»;

4.3.4. организация и оплата «Специального лечения за рубежом», при выполнении условий п.1.4. настоящей Программы страхования:

- лечение в стационаре, в том числе в дневном стационаре медицинского учреждения, выбранного Сервисной компанией, а именно:
- консультации лечащим Врачом-специалистом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения по страховому случаю во время стационарного лечения;

– размещение преимущественно в 1-2 местной палате, включая питание и медицинское обслуживание, в том числе, послеоперационный индивидуальный медицинский пост;

4.3.5. организация и оплата услуг по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время «Специального лечения за рубежом» в рамках настоящей Программы страхования покрывается: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица;

4.3.6. оказание помощи Застрахованному лицу и одному сопровождающему лицу в получении визы в страну, где будет проходить «Специальное лечение за рубежом» Застрахованное лицо, при этом, визовый сбор оплачивает Застрахованное лицо и сопровождающее лицо самостоятельно;

4.3.7. оплата услуг устного и письменного перевода для Застрахованного лица в выбранном медицинском учреждении на период «Специального лечения за рубежом».

5. Порядок оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение»

5.1. Застрахованное лицо вправе обратиться за услугой «Второе экспертное медицинское мнение» по любому диагнозу, установленному Застрахованному лицу в любое время по одной из следующих медицинских сфер:

5.1.1. онкология,

5.1.2. кардиология,

5.1.3. ортопедия,

5.1.4. неврология,

5.1.5. нефрология.

5.2. Услуга «Второе экспертное медицинское мнение» оказывается Застрахованному лицу один раз за год действия Договора страхования.

5.3. Для получения услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованное лицо обращается в Сервисную компанию в порядке, указанном в п. 4.2.4. настоящей программы страхования.

5.4. Для организации оказания услуги «Второе экспертное медицинское мнение» Застрахованным лицом предоставляются в Сервисную компанию копии следующих документов в электронном виде:

- копия паспорта Застрахованного лица;
- копии документов, подтверждающих право лица, обратившегося вместо Застрахованного лица, на представление интересов Застрахованного лица;
- заключение лечащего врача о диагностировании заболевания, по поводу которого необходимо предоставить Экспертное заключение;
- медицинские документы, включая результаты анализов, проведенных инструментальных исследований, информацию с цифровых носителей информации, в том числе, дисков с записями результатов МРТ, КТ, ПЭТ-КТ и других исследований;
- выписки или заверенные копии амбулаторной/ стационарной карты, выписного эпикриза с указанием диагноза, проведенного обследования и лечения.

5.5. При необходимости Сервисная компания может запрашивать другие документы, сведения и биологические материалы у Застрахованного лица, которые, требуются для организации услуги «Второе экспертное медицинское мнение». Запрос осуществляется путем отправки сообщения на адрес электронной почты, сообщенный Застрахованным лицом, либо почтой России на почтовый адрес Застрахованного лица, о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием перечня документов, необходимых для дополнительного предоставления.

5.6. При отсутствии возможности у Застрахованного лица передать необходимые документы и материалы в Сервисную компанию самостоятельно, Сервисная компания направит за свой счет курьера для получения материалов у Застрахованного лица.

5.7. Выбор клиники, кандидатура эксперта для подготовки Экспертного заключения осуществляется Сервисной компанией.

5.8. Экспертное заключение предоставляется Застрахованному лицу в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.9. В сложных случаях, требующих участия нескольких Врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, обследований, передача Экспертного заключения Застрахованному лицу осуществляется в течение 21 (двадцати одного) рабочего дня со дня получения Сервисной компанией всей необходимой документации от Застрахованного лица.

5.10. Экспертное заключение, а также подробная информация о Враче-специалисте, подготовившем Экспертное заключение высылается Застрахованному лицу на указанную им электронную почту. Экспертное заключение предоставляется на языке оригинала с переводом на русский язык.

Термины, указываемые с заглавной буквы, используются в значениях, установленных в Правилах страхования.

Программа страхования «ОнкоЧекап»

Предусмотренные настоящей Программой «ОнкоЧекап» услуги предоставляются при обращении Застрахованного лица в Сервисную компанию за получением услуг в порядке, определенном настоящей Программой.

Термины, употребляемые с заглавной буквы, употребляются в значениях, установленных Правилами и Программой страхования «ОнкоЧекап».

Организация - организация, имеющая законное право осуществлять свою деятельность и имеющая для этого все необходимые разрешительные документы. Организация имеет договор/договоры с Сервисной компанией или с Организацией, имеющей договор с Сервисной компанией, на оказание Услуг Застрахованному лицу. Сервисная компания самостоятельно выбирает Организации для оказания Услуг без согласования с Застрахованным лицом, если иное не предусмотрено условиями Программы «ОнкоЧекап»

Услуга - услуги по Программе «ОнкоЧекап», оказываемые Организацией и/или Сервисной компанией.

Оказание Услуги возможно после подтверждения личности Застрахованного лица:

- При очном оказании Услуги путем предъявления документа, удостоверяющего личность.

Документом, удостоверяющим личность, признается паспорт, либо любой другой документ его заменяющий, согласно требованиям действующего законодательства Российской Федерации.

- При удаленном способе оказания Услуги путем валидации Застрахованного лица по номеру его полиса, фамилии, имени, отчеству и дате рождения.

В качестве представителя Застрахованного лица может выступать законный представитель, либо представитель, действующий на основании нотариально заверенной доверенности. Страховщик или Сервисная компания имеет право запросить документы, подтверждающие полномочия представителя.

Организация оказания Услуги проводится строго в порядке и последовательности, определенными Программой «ОнкоЧекап».

Как начать пользоваться Программой «ОнкоЧекап»:

1. Чтобы начать пользоваться Программой «ОнкоЧекап», необходимо пройти регистрацию по истечении 14 календарных дней с даты оформления Договора страхования.
2. Доступно 2 способа регистрации:

2.1. Через личный кабинет на сайте Медоблако:

2.1.1. Зайдите на сайт medoblako.ru, нажмите «Войти на сайт», выберите вход для клиентов страховых программ.

2.1.2. В разделе «Я здесь впервые» введите номер страхового полиса, фамилию и имя Застрахованного лица, отметьте согласие на обработку персональных данных.

2.1.3. Далее необходимо подтвердить корректность указанных номера телефона и электронной почты.

2.1.4. После регистрации через личный кабинет на номер телефона, указанный при регистрации страхового полиса, придет смс-уведомление с паролем от личного кабинета, а также о факте успешной регистрации программы.

2.2. По телефону 8 (800) 600-27-42 (по России звонок бесплатный):

2.1.1. Оператор задаст все необходимые вопросы и поможет зарегистрировать программу.

2.1.2. После чего на номер телефона, указанный при регистрации, будет направлено смс-уведомление, подтверждающее факт регистрации.

3. Номер телефона будет являться логином от личного кабинета.

Технические требования к оборудованию и программному обеспечению:

1. При использовании персонального компьютера:

- Подключенная к компьютеру видеокамера с разрешением не ниже 1024 x 720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи);
- Подключенный к компьютеру микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи);
- Операционная система MS Windows версией не ниже XP, Linux (Debian, Ubuntu, Mint и другие не старше 2014 года), Mac OS Lion и старше;
- Обозреватель интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;

- Канал доступа в интернет не ниже 1 Мбит/сек.
2. При использовании мобильных устройств:
- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

1 этап – Первичный анализ Застрахованного лица

1. Лабораторные исследования.
1.1. Генетический тест: профилактическое обследование на выявление предрасположенности к наследственным онкологическим заболеваниям (злокачественным новообразованиям) в соответствии с биологическим полом: молочный железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы
1.1.1. генетический тест (забор крови) на выявление наличия 8 мутаций в генах BRCA1, BRCA2.
1.1.2. заключение по результатам генетического теста, подготовленное клиническим генетиком, о степени предрасположенности Застрахованного лица к группам некоторых наследственных форм онкологических заболеваний: злокачественное новообразование молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы, с индивидуальными рекомендациями и дальнейшим назначением дополнительных обследований/консультаций при их необходимости по результатам прохождения лабораторного исследования. Заключение направляется на электронную почту Застрахованного лица, указанную при регистрации, а также размещается и хранится в личном кабинете Застрахованного лица. Срок подготовки заключения – до 25 (двадцати пяти) рабочих дней.
1.2. Диагностическое исследование на выявление злокачественного новообразования предстательной железы (у мужчин) и шейки матки (у женщин).
1.2.1. взятие мазка на онкоцитологию (для женщин)
1.2.2. анализ крови на ПСА общий и свободный (для мужчин)
1.2.3. заключение по результатам лабораторного исследования о наличии или отсутствии патологии. Заключение направляется на электронную почту Застрахованного лица, указанную при регистрации, а также размещается и хранится в личном кабинете Застрахованного лица. Срок подготовки заключения – до 15 (пятнадцати) рабочих дней.
1.3. Порядок получения услуги:
1.3.1. Для получения Услуги Застрахованному лицу/представителю Застрахованного лица необходимо обратиться по номеру телефона горячей линии 8 (800) 600-27-42 и далее следовать голосовым подсказкам.
1.3.2. Количество доступных Застрахованному лицу обращений за Услугой в части, предусмотренной п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», в Период действия Программы «ОнкоЧекап» - одно обращение.
1.3.3. Количество доступных Застрахованному лицу обращений за Услугой в части, предусмотренной п. 1.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», в Период действия Программы «ОнкоЧекап» - одно обращение.
1.3.4. При обращении за получением Услуги в части, предусмотренной п. 1.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», Застрахованное лицо информируется Сервисной компании о правилах забора материала для проведения диагностических исследований.
1.3.5. Застрахованному лицу при получении Услуги в части, предусмотренной п. 1.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», необходимо соблюдать правила забора материала для проведения диагностических исследований.
1.3.6. Услуга доступна только по адресам местонахождения Организаций. Территориальная доступность Услуги уточняется по телефону горячей линии 8 (800) 600-27-42.
1.3.7. Услуга доступна по предварительной записи в рамках графика работы специалистов Организации.
1.3.8. Основание для получения Услуги – обращение за Услугой в порядке, определенном п. 1.3.1. Программы.

1.3.9. Организация оказания Услуги проводится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой в порядке, определенном п. 1.3.1 в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап».

1.3.10. Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица имеет право отказаться от назначенного времени/места оказания Услуги в части, предусмотренной пп. 1.1.1., 1.2.1./1.2.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала не более 1 (одного) раза. Количество отказов Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица от записи более чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени не ограничено.

1.3.11. Обязательное условие предоставления Услуги – предоставление письменного согласия Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну, а также предоставление письменного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в отношении сбора, хранения и обработки данных, включая передачу третьим лицам). Согласие предоставляется по форме Организации перед непосредственным оказанием Услуги Застрахованному лицу.

1.3.12. Услуга считается оказанной в полном объеме и никакие претензии Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица относительно оказания Услуги не принимаются при наступлении одного из следующих случаев:

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от назначенного времени/места оказания Услуги в части, предусмотренной пп. 1.1.1, 1.2.1/1.2.2. в рамках 1 этапа Программы, менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени во второй раз;

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отсутствует в согласованное время по адресу, определенному в качестве места оказания Услуги в части, предусмотренной пп. 1.1.1., 1.2.1./1.2.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап» (время и место оказания Услуги согласовываются и фиксируются в момент обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой);

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от предоставления письменного согласия на обработку персональных данных, в том числе медицинских, предусмотренного в соответствии с п. 1.3.9. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап».

1.3.13. Услуга не предоставляется в случае, если Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения и/или в состоянии, требующем оказания скорой, экстренной или неотложной медицинской помощи.

2. Очная консультация врача-генетика

2.1. В случае выявления одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в одном или обоих генах BRCA1, BRCA2 Застрахованному лицу предоставляется консультация врача-генетика.

2.1.1. Услуга включает прием и консультацию врача-генетика по результатам пройденного генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы.

2.1.2. Услуга доступна только по адресам местонахождения Организаций. Территориальная доступность Услуги уточняется по телефону горячей линии 8 (800) 600-27-42.

2.1.3. Услуга доступна по предварительной записи в рамках графика работы специалиста Организации.

2.2. Порядок получения Услуги:

2.2.1. Для получения Услуги Застрахованному лицу/представителю Застрахованного лица необходимо обратиться по номеру телефона горячей линии 8 (800) 600-27-42 и далее следовать голосовым подсказкам.

2.2.2. Количество доступных Застрахованному лицу обращений за Услугой в Период действия Программы «ОнкоЧекап» - одно обращение.

2.2.3. Основание для оказания Услуги – наличие заключения, предусмотренного п. 1.1.2. Программы «ОнкоЧекап», с выявленной у Застрахованного лица одной или несколькими из 8 исследуемых мутаций в генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста.
2.2.4. Организация оказания Услуги проводится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой.
2.2.5. Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица имеет право отказаться от назначенного времени/места оказания Услуги менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала не более 1 (одного) раза. Количество отказов Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица от записи более чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени не ограничено.
2.2.6. Обязательное условие предоставления Услуги – предоставление Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица письменного согласия на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну, а также предоставление письменного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в отношении сбора, хранения и обработки данных, включая передачу третьим лицам). Согласие предоставляется по форме Организации перед непосредственным оказанием Услуги Застрахованному лицу.
2.3. Услуга считается оказанной в полном объеме и никакие претензии Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица относительно оказания Услуги не принимаются при наступлении одного из следующих случаев:

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от назначенного времени/места оказания Услуги менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени во 2 (второй) раз;

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отсутствует в согласованное время по адресу, определенному в качестве места оказания Услуги (время и место оказания Услуги согласовываются и фиксируются в момент обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой);

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от предоставления письменного согласия на обработку персональных данных, в том числе медицинских, предусмотренного в соответствии с п. 2.2.6. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап».

2.4. Услуга не предоставляется в случаях:

– если Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения и/или в состоянии, требующем оказания скорой, экстренной или неотложной медицинской помощи;

– если у Застрахованного лица по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», не было выявлено хотя бы одной из 8 исследуемых мутации в одном из двух генов BRCA1 и BRCA2.

3. По результатам Услуги, предусмотренной п. 1 в рамках 1 этапа Программы, Застрахованному лицу предлагается пройти обследования на 2 этапе Программы «ОнкоЧекап»:
3.1. в случае выявления одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в одном или обоих генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1 в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», Застрахованному лицу предлагается пройти комплексное обследование, предусмотренное п.2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап» в соответствии с полом Застрахованного лица;
3.2. в случае выявления патологии по результатам диагностических исследований, предусмотренных п. 1.2 в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», и отсутствия всех 8 исследуемых мутаций в генах BRCA1, BRCA2 Застрахованному лицу предлагается пройти обследование, предусмотренное п.1.1. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап» для женщин и п. 1.2. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап» для мужчин;

3.3. в случае выявления одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в одном или обоих генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1 в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», и одновременно патологии по результатам диагностических исследований, предусмотренных п. 1.2 в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», Застрахованному лицу предлагается комплексное обследование, предусмотренное п. 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап» в соответствии с полом Застрахованного лица.

2 этап – Медицинские услуги для выявления/исключения на момент обследования патологических признаков, предполагающих наличие новообразования.

1. Медицинские услуги, назначенные при выявлении патологии по результатам диагностических исследований, предусмотренных п. 1.2. в рамках 1 этапа Программы.

1.1. В случае выявления патологии по результатам анализа мазка на онкоцитологию (у женщин), предусмотренного п. 1.2.1 в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», Застрахованное лицо направляется на обследование для определения наличия онкологического заболевания. Обследование включает:

1.1.1. Гинекологическое УЗИ

1.1.2. очная консультация гинеколога по результатам ультразвукового исследования и результата мазка с проведением гинекологического осмотра, кольпоскопии по медицинским показаниям

1.1.3. очная консультация онколога по назначению гинеколога по результатам проведенного обследования.

1.2. В случае выявления патологии по результатам анализа на ПСА свободный и общий (у мужчин), предусмотренного п. 1.2.2 в рамках 1 этапа Программы, Застрахованное лицо направляется на обследование для определения наличия онкологического заболевания. Обследование включает:

1.2.1. УЗИ органов малого таза

1.2.2. очная консультация уролога по результатам ультразвукового исследования и результатов ПСА и проведение урологического осмотра

1.2.3. очная консультация онколога по назначению уролога по результатам ультразвукового исследования и результатов ПСА.

1.3. Заключение по результатам ультразвукового исследования, а также консультаций и обследований узкопрофильных врачей, предусмотренных пп. 1.1. и 1.2. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап» в соответствии с биологическим полом Застрахованного лица, о возможном наличии/исключении на момент обследования у Застрахованного лица злокачественного новообразования (новообразований): молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы с индивидуальными рекомендациями и дальнейшим назначением дополнительных обследований/консультаций при их необходимости. Дополнительные назначения и другие медицинские услуги, не входящие в Программу, оплачиваются Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица самостоятельно. Оригинал итогового заключения выдается Застрахованному лицу/представителю Застрахованного лица после консультации с узкопрофильным врачом.

2. Комплексное медицинское обследование при выявлении одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап».

2.1. Перечень медицинских услуг в рамках комплексного медицинского обследования определяется исходя из, но не ограничиваясь:

–рекомендаций врача-генетика при выявлении одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап»;

–рекомендаций врача-генетика при выявлении одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», и одновременном выявлении патологии по

результатам диагностических исследований, предусмотренных п. 1.2 в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап».

2.2. В рамках комплексного обследования организма Застрахованному лицу предоставляются медицинские услуги по лабораторной и инструментальной диагностике, а также консультации врачей специалистов на общую сумму лимита не более 100 000 (Ста тысяч) рублей. Комплексное обследование организма включает:

2.2.1. Лабораторная и инструментальная диагностика, включая, но не ограничиваясь:

- Анализ крови на СА 125 (для женщин)
- Анализ кала на скрытую кровь
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза
- Гинекологическое УЗИ (для женщин)
- Фиброгастродуоденоскопия
- Фиброколоноскопия
- МРТ молочных желез с внутривенным контрастированием (короткий протокол)

2.2.2. Прием и консультация гастроэнтеролога, онколога и гинеколога (у женщин)/уролога (у мужчин) в очной форме по результатам проведенной инструментальной и лабораторной диагностики.

2.2.3. Заключения по результатам консультаций гастроэнтеролога, онколога и гинеколога (у женщин)/уролога (у мужчин), предусмотренных п. 2.2.2. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», о возможном наличии/исключении на момент обследования у Застрахованного лица некоторых наследственных форм злокачественного новообразования (новообразований) молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы с индивидуальными рекомендациями и дальнейшим назначением дополнительных обследований/консультаций при их необходимости по результатам пройденного комплексного обследования организма, предусмотренного п. 2.1. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап». Дополнительные назначения и другие медицинские услуги, не входящие в Программу «ОнкоЧекап», оплачиваются Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица самостоятельно. Оригинал итогового заключения выдается Застрахованному лицу/представителю Застрахованного лица после консультации с онкологом и узкопрофильным врачом в соответствии с биологическим полом Застрахованного лица, проводимой в соответствии с п. 2.2. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап».

2.3. Стоимость отдельных видов диагностики определяется розничным прейскурантом на услуги Организации, действительным на день обращения Застрахованного лица за Услугой. Выдача Застрахованному лицу денежных средств в размере установленного п. 2.2. в рамках 2 этапа Программы лимита или его остатка в виде наличных платежных/денежных средств или безналичного перевода Программой «ОнкоЧекап» не предусмотрена и не осуществляется.

2.4. Исследования, превышающие по стоимости установленный в данном пункте лимит в размере 100 000 (Ста тысяч) рублей, оплачиваются Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица самостоятельно и не включены в стоимость Программы «ОнкоЧекап».

3. Порядок получения Услуг, предусмотренных пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап»:

3.1. Для получения Услуг, предусмотренных пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», Застрахованному лицу/представителю Застрахованного лица необходимо обратиться по номеру телефона горячей линии 8 (800) 600-27-42 и далее следовать голосовым подсказкам.

3.2. Услуги, предусмотренные пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», доступны только по адресам местонахождения Организаций. Территориальная доступность Услуги уточняется по телефону горячей линии 8 (800) 600-27-42.

3.3. Количество доступных Застрахованному лицу обращений за Услугами, предусмотренными п. 1 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», в Период действия Программы «ОнкоЧекап» - одно обращение.

3.4. Количество доступных Застрахованному лицу обращений за Услугами, предусмотренными п. 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», в Период действия Программы «ОнкоЧекап» - одно обращение.
3.5. Услуги, предусмотренные пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», доступны по предварительной записи в рамках графика работы специалистов Организации.
3.6. Основание для оказания Услуг, предусмотренных п. 1 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», – наличие заключения, предусмотренного п. 1.2.3. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», с выявленными патологиями по результатам лабораторного исследования.
3.7. Основание для оказания Услуг, предусмотренных п. 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», – наличие направления от врача-генетика и заключения, предусмотренного п. 1.2.3. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», с выявленной у Застрахованного лица хотя бы одной из 8 исследуемых мутации в одном из двух генов BRCA1 и BRCA2.
3.8. Организация оказания Услуг, предусмотренных пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», проводится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой.
3.9. Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица имеет право отказаться от назначенного времени/места оказания Услуг, предусмотренных п. 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала не более 1 (одного) раза. Количество отказов Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица от записи более чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени не ограничено.
3.10. Обязательное условие предоставления Услуг, предусмотренных п. 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», – предоставление Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица письменного согласия на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну, а также предоставление письменного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в отношении сбора, хранения и обработки данных, включая передачу третьим лицам). Согласие предоставляется по форме Организации перед непосредственным оказанием Услуги Застрахованному лицу.
4. Услуги, предусмотренные пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», считаются оказанными в полном объеме и никакие претензии Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица относительно оказания Услуги не принимаются при наступлении одного из следующих случаев:
– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от назначенного времени/места оказания Услуг, предусмотренных пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени во 2 (второй) раз;
– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отсутствует в согласованное время по адресу, определенному в качестве места оказания Услуг, предусмотренных пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап» (время и место оказания Услуги согласовываются и фиксируются в момент обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой);
– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от предоставления письменного согласия на обработку персональных данных, в том числе медицинских, предусмотренного в соответствии с п. 3.10. Программы «ОнкоЧекап».
5. Услуги, предусмотренные пп. 1 и 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», не предоставляются в случаях:
– если Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица в момент оказания Услуги находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения и/или в состоянии, требующем оказания скорой, экстренной или неотложной медицинской помощи;
– если у Застрахованного лица, который обратился за Услугой, предусмотренной п. 1. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», не было выявлено патологий по результатам

диагностических исследований, предусмотренных п. 1.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап»;

– если у Застрахованного лица, который обратился за Услугой, предусмотренной п. 2. в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», отсутствует направление от врача-генетика и по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап», не было выявлено хотя бы одной из 8 исследуемых мутации в одном из двух генов BRCA1 и BRCA2.

6. По результатам обследований, предусмотренных в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», Застрахованному лицу предлагается пройти обследования на 3 этапе Программы «ОнкоЧекап» в случаях:

6.1. выявления патологических признаков, предполагающих наличие новообразования молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы по результатам ультразвукового исследования, предусмотренного п. 1 в рамках 2 этапа Программы, при выявленной патологии по результатам диагностического лабораторного исследования, предусмотренного п. 1.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап»;

6.2. выявления патологических признаков, предполагающих наличие новообразования молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы по результатам комплексного обследования, предусмотренного п. 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», при выявленной одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап».

3 этап – Обследование, направленное на выявление/исключение злокачественного новообразования

1. Медицинское обследование, направленное на постановку/снятие на момент осмотра диагноза ненаследственных и некоторых наследственных форм онкологического заболевания (злокачественного новообразования), в соответствии с биологическим полом Застрахованного лица: шейки матки и предстательной железы, а также некоторых наследственных форм злокачественных новообразований молочной железы, яичников, желудка, толстой кишки, тела матки, поджелудочной железы, проводится в случае:

– наличия направления от онколога с назначением на проведение дополнительного обследования по результатам ультразвукового исследования, предусмотренного п. 1 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», при выявленной патологии по результатам диагностического лабораторного исследования, предусмотренного п. 1.2. в рамках 1 этапа Программы «ОнкоЧекап»;

– наличия направления от онколога с назначением на проведение дополнительного обследования при выявлении патологических признаков, предполагающих наличие новообразования молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы по результатам комплексного обследования, предусмотренного п. 2 в рамках 2 этапа Программы «ОнкоЧекап», при выявленной одной или нескольких из 8 исследуемых мутаций в генах BRCA1, BRCA2 по результатам генетического теста, предусмотренного п. 1.1. в рамках 1 этапа Программы.

2. В рамках медицинского обследования (в соответствии с биологическим полом Застрахованного лица), направленного на постановку/снятие на момент осмотра диагноза ненаследственных и некоторых наследственных форм онкологического заболевания (злокачественного новообразования): шейки матки и предстательной железы, а также некоторых наследственных форм злокачественных новообразований молочной железы, яичников, желудка, толстой кишки, тела матки, поджелудочной железы Застрахованному лицу предоставляются медицинские услуги по лабораторной и инструментальной диагностике в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями по предварительному диагнозу «злокачественное новообразование» органов, перечисленных в

настоящем пункте, а также консультации врачей специалистов на общую сумму лимита не более 150 000 (Ста пятидесяти тысяч) рублей. Обследование включает:
2.1. Медицинские услуги по лабораторной и инструментальной диагностике в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями по предварительному диагнозу: «злокачественное новообразование» органов, перечисленных в настоящем пункте, включая, но не ограничиваясь, аспирационную биопсию, радиоизотопные методы исследований, высокотехнологичные методы обследования, в том числе МРТ с контрастированием, ПЭТ КТ по медицинским показаниям, направленные на постановку/снятие диагноза: «злокачественное новообразование», при выявленной патологии молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы. Перечень медицинских услуг в рамках обследования определяется исходя из направления врача-онколога с учетом рекомендаций узкопрофильных специалистов по результатам диагностических исследований, пройденных Застрахованным лицом в рамках 2 этапа Программы.
2.2. Прием и консультация узкопрофильного врача-онколога в очной форме по результатам пройденного обследования, предусмотренного п. 2.1. в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап».
2.3. Заключение, подготовленное узкопрофильным врачом-онкологом, по итогам пройденных обследований, предусмотренных на всех этапах Программы «ОнкоЧекап», и постановка диагноза в соответствии с МКБ 10. Оригинал итогового заключения выдается Застрахованному лицу/представителю Застрахованного лица после консультации с узкопрофильным врачом-онкологом, проводимой в соответствии с п. 2.2. в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап».
3. Стоимость отдельных видов диагностики определяется розничным прейскурантом на услуги Организации, действительным на день обращения Застрахованного лица за Услугой. Выдача Застрахованному лицу денежных средств в размере установленного в данном пункте лимита или его остатка в виде наличных платежных/денежных средств или безналичного перевода Программой «ОнкоЧекап» не предусмотрена и не осуществляется. Медицинские услуги, превышающие по стоимости установленный на 3 этапе Программы «ОнкоЧекап» лимит в размере 150 000 (Ста пятидесяти тысяч) рублей, оплачиваются Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица самостоятельно и не включены в стоимость Программы «ОнкоЧекап».
4. Порядок получения Услуг, предусмотренных в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап»:
4.1. Для получения Услуг, предусмотренных в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», Застрахованному лицу/представителю Застрахованного лица необходимо обратиться по номеру телефона горячей линии 8 (800) 600-27-42 и далее следовать голосовым подсказкам.
4.2. Услуги, предусмотренные в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», доступны только по адресам местонахождения Организаций. Территориальная доступность Услуги уточняется по телефону горячей линии 8 (800) 600-27-42.
4.3. Количество доступных Застрахованному лицу обращений за Услугами, предусмотренными на 3 этапе Программы «ОнкоЧекап», в Период действия Программы «ОнкоЧекап» – одно обращение (включает комплекс обследований в соответствии с выявленной на 1-2-м этапах патологией, направленный на выявление злокачественного новообразования или снятие/исключение диагноза злокачественного новообразования на момент проведения обследования в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями по предварительному диагнозу: «злокачественное новообразование» органов, перечисленных в п.2. в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап»).
4.4. Услуги, предусмотренные в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», доступны по предварительной записи в рамках графика работы специалистов Организации.
4.5. Организация оказания Услуг, предусмотренных в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», проводится в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой.
4.6. Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица имеет право отказаться от назначенного времени/места оказания Услуги, предусмотренных в рамках 3 этапа Программы

«ОнкоЧекап», менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала не более 1 (одного) раза. Количество отказов Застрахованного лица от записи более чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени не ограничено.

4.7. Обязательное условие предоставления Услуг, предусмотренных в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», – предоставление Застрахованным лицом/представителем Застрахованного лица письменного согласия на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну, а также предоставление письменного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (в отношении сбора, хранения и обработки данных, включая передачу третьим лицам). Согласие предоставляется по форме Организации перед непосредственным оказанием Услуги Застрахованному лицу.

5. Услуги, предусмотренные в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», считаются оказанными в полном объеме и никакие претензии Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица относительно оказания Услуг не принимаются при наступлении одного из следующих случаев:

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от назначенного времени/места оказания Услуг, предусмотренных в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени во 2 (второй) раз;

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отсутствует в согласованное время по адресу, определенному в качестве места оказания Услуги, предусмотренных в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап» (время и место оказания Услуги согласовываются и фиксируются в момент обращения Застрахованного лица/представителя Застрахованного лица за Услугой);

– Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица отказался от предоставления письменного согласия на обработку персональных данных, в том числе медицинских, предусмотренного в соответствии с п. 4.7. в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап».

6. Услуги, предусмотренные в рамках 3 этапа Программы «ОнкоЧекап», не предоставляются в случаях:

– если Застрахованное лицо/представитель Застрахованного лица в момент оказания Услуг находится в состоянии алкогольного, токсического и/или наркотического опьянения и/или в состоянии, требующем оказания скорой, экстренной или неотложной медицинской помощи;

– если в результате проведения обследований, предусмотренных на 2 этапе Программы «ОнкоЧекап», у Застрахованного лица не найдено признаков, предполагающих наличие новообразования (новообразований) молочной железы, яичников, предстательной железы, желудка, толстой кишки, шейки матки/тела матки, поджелудочной железы.