

Программа добровольного медицинского страхования  
«ОнкоМед. Лечение в РФ»

**1. Термины и определения**

**1.1. Злокачественное новообразование:** злокачественным новообразованием в целях настоящей программы (далее – Программа) признаётся заболевание, включённое в рубрику «Злокачественные новообразования» (C00-C97) Международной классификации болезней 10го пересмотра (МКБ-10), диагноз которого установлен врачом-онкологом и подтверждён в результате гистологического и (или) иммуногистохимического исследования биологического материала Застрахованного лица. В случаях, когда получение материала для исследования невозможно без оперативного вмешательства или невозможно полностью, диагноз считается установленным при условии внесения соответствующей записи в медицинский документ врачом-онкологом в соответствии с принятыми в Российской Федерации критериями диагностики таких заболеваний.

**1.2. Период ожидания:** при заключении Договора в отношении Застрахованного лица впервые по настоящей Программе в течение **180 дней** со дня вступления Договора в силу действует Период ожидания: любое заболевание, состояние, возникшее в течение действия Периода ожидания, в том числе обусловившее зафиксированные в медицинских документах симптомы в течение действия Периода ожидания, или диагностированное в течение действия Периода ожидания, не является событием, обращение по поводу которых признаётся сторонами Договора и Застрахованным лицом страховым случаем, и не порождает обязанность Страховщика по осуществлению страховой выплаты.

При заключении Договора без изменения Застрахованного лица и программы страхования на следующий срок и без перерыва в сроках действия страхования (при пролонгации страхования) Период ожидания не применяется в отношении этого же Застрахованного лица и ранее действовавших рисков, если ранее Период ожидания истёк.

При заключении Договора без изменения Застрахованного лица и программы страхования на следующий срок с перерывом в сроке действия Страхования хотя бы на один календарный день Период ожидания исчисляется заново как для нового договора.

**1.3. Пролонгация Договора, заключение Договора на новый срок:** заключение Договора без перерыва в страховании, без изменения Программы страхования и Застрахованного лица при условии, что не была исчерпана страховая сумма на весь срок действия Договора до достижения Застрахованным лицом возраста 65 лет.

**1.4. Страховой случай:** Страховым случаем по настоящей Программе является обращение Застрахованного в течение срока действия страхования после истечения Периода ожидания в медицинскую или иную организацию, предварительно согласованную со Страховщиком, для организации медицинских и иных услуг в объёме, установленном Программой, по поводу произошедшего (возникшего) в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) злокачественного новообразования (кроме рака кожи, отличного от меланомы, а также кроме злокачественных новообразований, развившихся на фоне болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), на фоне вирусных гепатитов В и С), повлекшего возникновение необходимости в оказании медицинской помощи, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату путём оплаты медицинским и иным организациям предусмотренных Программой медицинских и иных услуг или путём возмещения согласованных со Страховщиком расходов Застрахованного на оплату предусмотренных настоящей Программой услуг, лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий.

**1.5. День постановки диагноза:** дата, указанная в заключении по результатам гистологического или иммуно-гистохимического исследования биологического материала, содержащем сведения о выявлении злокачественного новообразования, или, если исследование биологического материала невозможно, дата внесения соответствующей записи с указанием диагноза в медицинский документ врачом-онкологом в соответствии с принятыми в Российской Федерации критериями диагностики для таких заболеваний.

**1.6. Территория действия Программы:** страхование действует в Российской Федерации, услуги, предусмотренные Программой, организуются и оплачиваются на территории Российской Федерации, расходы Застрахованного (его представителя) на покупку предусмотренных

программой лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий должны быть понесены на территории Российской Федерации.

- 1.7. Представитель Страховщика, Сервисная компания: организация, имеющая договорные отношения со Страховщиком, осуществляющая от имени Страховщика приём обращений и документов Застрахованных лиц, организацию услуг, предусмотренных Программой. От имени Страховщика приём обращений может осуществлять ООО «Управляющая компания «Центр Персонализированной Медицины» (121614, г. Москва, ул. Островная, д. 2, комната 43).

## 2. Преамбула

По настоящей программе Страховщик при наступлении страхового случая организует и оплачивает медицинские услуги, оказанные в плановой форме в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, а также иные, предусмотренные Программой, услуги, предоставляемые Застрахованному по поводу предусмотренных Программой впервые выявленных после истечения Периода ожидания в отношении Застрахованного злокачественных новообразований.

## 3. Объем предоставляемых услуг

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает при наступлении страхового случая следующие услуги, непосредственно связанные с планированием и проведением лечения по поводу предусмотренных Программой злокачественного новообразования (злокачественных новообразований):

3.1. **Услуга «Прикрепление Персонального менеджера»:** персональный менеджер - работник Сервисной компании, прикрепленный к Застрахованному лицу и отвечающий за его дальнейшее сопровождение в рамках оказания услуг в соответствии с настоящей Программой. Персональный менеджер доступен в рабочие дни с 09.00 до 18.00 по московскому времени при обращении Застрахованного по телефону 8 800-555-99-69.

3.2. **Услуга «Верификация диагноза»:** (подтверждение или опровержение первично установленного диагноза злокачественного новообразования, включая при необходимости транспортировку и гистопатологическую проверку (пересмотр) биологического материала (операционного или биопсии), в том числе при необходимости иммуногистохимическое исследование).

При неинформативности и (или) недостаточности биологического материала, необходимого для надлежащего проведения гистопатологической проверки, в том числе и при отсутствии биологического материала ввиду невозможности его получения из-за специфики клинического случая и локализации онкологического или онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.п.), тактику и объем диагностического исследования для верификации диагноза определяют врач-онколог и (или) гематолог, а также врач-патоморфолог, осуществляющие верификацию диагноза, которые при наличии такой возможности могут рекомендовать повторный забор биологического материала в счёт страховой выплаты с последующим направлением его на гистопатологическую проверку (пересмотр). В случаях, когда получение материала для исследования невозможно без оперативного вмешательства или невозможно полностью, диагноз считается установленным при условии внесения соответствующей записи в медицинский документ врачом-онкологом в соответствии с принятыми в Российской Федерации критериями диагностики соответствующих заболеваний.

3.3. **Услуга «Юридическая поддержка»:** предоставление Застрахованному дистанционных юридических консультаций по вопросам охраны здоровья, защиты прав пациентов и получению медицинской помощи (в том числе бесплатной в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС) – для граждан Российской Федерации, лиц без гражданства и иностранных граждан, на которых распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, и имеющих действующий полис обязательного медицинского страхования ОМС) и лекарственного обеспечения по профилю «онкология», в том числе льготного, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Федерации. Услуга «**Юридическая поддержка**» предоставляется при обращении Застрахованного в Сервисную компанию в том числе путем оказания содействия в подготовке претензий, заявлений, обращений в органы власти (и) или в медицинские организации.

**3.4. Услуга «Психологическая помощь»:** предоставление дистанционных консультаций психолога в связи с выявленным у Застрахованного лица и подтвержденным злокачественным новообразованием.

**3.5. Оказание медицинской помощи по поводу злокачественного новообразования, предусмотренного настоящей Программой, в амбулаторных условиях в медицинских организациях и в условиях дневного стационара в плановой форме:**

- консультации (осмотры) врачей, в том числе врачей-специалистов, необходимые для проведения лечения в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и для проведения подготовки к лечению в стационарных условиях;
- лабораторная и инструментальная диагностика, необходимая для проведения лечения в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также для проведения подготовки к лечению в стационарных условиях, включая визуализирующие методы и иные методы диагностики для выбора тактики лечения, объемов оперативных вмешательств, а также необходимые для оценки результатов проведенного лечения до достижения ремиссии, в том числе патологоанатомические исследования биологических материалов;
- лечебные медицинские вмешательства, в том числе оперативные, с применением лекарственных средств и медицинских изделий, расходуемых во время выполнения лечебных вмешательств в медицинских организациях;
- лекарственное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями: химиотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия (кроме CAR T-клеточной терапии);
- экспертиза временной нетрудоспособности, оформление рецептов на лекарственные препараты.

**3.6. Оказание специализированной медицинской помощи по поводу злокачественного новообразования, предусмотренного настоящей Программой, в стационарных условиях в плановой форме:**

- пребывание Застрахованного в палате категории не выше двухместной (подлежит оплате Страховщиком совместное нахождение в медицинской организации в стационарных условиях одного законного представителя, либо сопровождающего лица с застрахованным ребенком до достижения им возраста четырех лет, а также при наличии медицинских показаний у ребенка старше четырех лет (при отсутствии медицинских показаний законным представителям либо сопровождающим лицам при госпитализации ребёнка в возрасте старше четырех лет (от четырех лет) не предоставляется спальное место и питание в счет страховой выплаты, но они вправе находиться вместе с ребенком до его выписки – в соответствии с правилами внутреннего распорядка медицинской организации);
- консультации (осмотры) врачей;
- лабораторная и инструментальная диагностика, необходимая для проведения лечения, контроля за состоянием пациента, включая гистологические, цитологические исследования;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- анестезиологические пособия;
- оперативные вмешательства, в том числе для выполнения маммопластики после удаления молочной железы, для протезирования суставов, протезирования гортани в рамках лечения, организованного по настоящей Программе;
- лекарственное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями: химиотерапия, таргетная терапия, лучевая терапия, иммунотерапия (кроме CAR T-клеточной терапии);
- трансплантация костного мозга (при трансплантации от живого донора подлежит оплате обследование и лечение донора в стационарных условиях, связанное с выполнением трансплантации);
- оплата стоимости расходуемых во время лечения имеющихся в наличии стационара лекарственных средств, включая препараты крови, компоненты крови;
- оплата стоимости имеющихся в наличии стационара медицинских изделий, включая имплантируемые в организм человека (в том числе протезов молочной железы), применяемых при лечении, расходных материалов, необходимых для обеспечения нахождения пациента в стационаре;

- экспертиза временной нетрудоспособности, оформление рецептов на лекарственные препараты.

**3.7. транспортировка Застрахованного (если проведение лечения невозможно в населённом пункте по месту жительства Застрахованного) в пределах Российской Федерации для проведения лечения в рамках настоящей Программы и возвращение обратно** (эконом-классом, в купе) железнодорожным транспортом (или междугородним регулярным автобусным рейсом) или коммерческим регулярным авиарейсом от ближайшего к месту жительства Застрахованного аэропорта или железнодорожной станции (или автовокзала) до населённого пункта проведения лечения (если проведение лечения невозможно в населённом пункте по месту жительства Застрахованного) в стационарных условиях или в условиях дневного стационара и обратно, а также для проведения осмотров (консультаций) в амбулаторных условиях, в случае если, состояние Застрахованного позволяет осуществить поездку и нет противопоказаний для соответствующей транспортировки.<sup>1</sup>

**3.8. Проживание Застрахованного в гостинице уровня не выше 3\*\*\* (3 звезды) в населённом пункте проведения лечения (если проведение лечения невозможно в населённом пункте по месту жительства Застрахованного):** подлежит оплате пребывание в гостинице со дня прибытия по месту проведения лечения до госпитализации или до окончания амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре, а также после госпитализации (или после завершения амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре) до отъезда в населённый пункт постоянного проживания с оплатой трёхразового питания, при этом дату отъезда после проведённого лечения определяет Страховщик с учётом наличия медицинских противопоказаний к поездке, организуя поездку в ближайший после окончания лечения день.

### **3.9. Медицинская эвакуация:**

- медицинская эвакуация, выполняемая выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, при невозможности самостоятельной поездки Застрахованного в медицинскую организацию с целью проведения лечения по причине наличия у Застрахованного лица медицинских противопоказаний к транспортировке с использованием регулярных пассажирских авиарейсов или железнодорожных или автобусных пассажирских перевозок;
- медицинская эвакуация, выполняемая выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования, при невозможности возвращения Застрахованного из медицинской организации, оказывавшей услуги в рамках настоящей Программы, в населённый пункт постоянного места жительства по причине наличия у Застрахованного лица медицинских противопоказаний к поездке с использованием регулярных пассажирских авиарейсов или железнодорожных или автобусных пассажирских перевозок до места жительства Застрахованного лица или до медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь.

### **3.10. Репатриация:**

в случае смерти Застрахованного лица во время поездки на лечение или во время лечения вне населённого пункта постоянного проживания в рамках услуг, оказываемых по настоящей Программе, Страховщик организует транспортировку тела Застрахованного в морг, ближайший к месту проживания Застрахованного лица (если иное не согласовано между Страховщиком и лицом, взявшим на себя обязанность осуществить погребение умершего и оплатить связанные с погребением расходы), при этом подлежат оплате услуги, материалы, изделия, необходимые для осуществления транспортировки тела Застрахованного в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

---

<sup>1</sup> Решение о наличии состояния, при котором поездка противопоказана, принимает лечащий врач Застрахованного.

#### **4. Порядок осуществления страховой выплаты – получения услуг, предусмотренных Программой, а также возмещения расходов Застрахованного**

4.1. При постановке диагноза «злокачественное новообразование», предусмотренное настоящей Программой, в течение действия Договора страхования Застрахованный или его представитель обязан как можно быстрее известить об этом Страховщика, позвонив по телефону, указанному в Договоре (Полисе или Программе) и сообщить следующую информацию:

фамилию, имя, отчество (при наличии) Застрахованного, номер Договора (Полиса) страхования, сроки действия Договора (Полиса) страхования, причину обращения (указать диагноз, дату постановки диагноза, время появления жалоб, явных признаков (симптомов) заболевания), телефон и электронную почту для обратной связи, место пребывания Застрахованного, номер предыдущего договора (полиса) страхования при непрерывной пролонгации договора (полиса).

4.2. Представитель Страховщика рассматривает информацию, полученную от Застрахованного в течение одного рабочего дня, после чего направляет Застрахованному форму заявления для предоставления детализированной информации о страховом случае.

4.3. Застрахованное лицо заполняет заявление, прикладывает к нему запрошенные Страховщиком (представителем Страховщика) документы, после чего направляет подписанную копию заявления и приложенных документов Страховщику по указанному в заявлении адресу электронной почты или доставляет заявление в офис Страховщика с приложением предусмотренных Программой документов.

4.4. Страховщик имеет право запросить, а Застрахованный обязан предоставить следующие документы и материалы, приложив их к заявлению о наступлении страхового случая (или передав представителю Страховщика – Сервисной компании):

4.4.1. документ, удостоверяющий личность Застрахованного – все страницы (копия);

4.4.2. медицинский документ (заверенная медицинской организацией копия), подтверждающий постановку диагноза врачом-онкологом – медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, из онкодиспансера, медицинская карта стационарного больного, выписной эпикриз, в которых зафиксирован установленный диагноз;

4.4.3. медицинский документ из медицинской организации, в которой Застрахованный получает медицинскую помощь по месту жительства в рамках обязательного или добровольного медицинского страхования (заверенная медицинской организацией копия) или на основании договора предоставления платных медицинских услуг – медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного заболеваниях минимум за предшествующие наступлению страхового случая 5 (пять) лет;

4.4.4. копия протокола гистологического (цитологического и (или) иммуногистохимического) исследования биологического материала, по результатам которого был поставлен диагноз «злокачественное новообразование» (если исследование выполнялось);

4.4.5. выписной эпикриз с описанием протокола медицинского вмешательства (или протокол медицинского вмешательства), по результатам которого был получен биологический материал для постановки диагноза «злокачественное новообразование»;

4.4.6. копии протоколов с описанием результатов визуализирующих методов исследования, а также рентгеновские снимки и снимки по результатам компьютерной томографии и (или) магнитно-резонансной томографии, протоколы исследований с помощью радионуклидов, по результатам которых был поставлен диагноз «злокачественное новообразование», в том числе в случаях, когда нет объективной возможности выполнить гистологическое, цитологическое и (или) иммуногистохимическое исследование биологического материала пациента;

4.4.7. копия направления (при наличии) врача-онколога на лечение в стационарных условиях, заверенная медицинской организацией;

4.4.8. результат исследования анализа крови Застрахованного на вирус иммунодефицита человека, выполненного не ранее, чем за месяц до наступления страхового случая или после наступления страхового случая, если данное исследование не выполнялось во время получения медицинских услуг и результат его не указан в предоставляемой медицинской документации, подтверждающей постановку диагноза (копия);

4.4.9. биологические материалы (препараты или блоки тканей), выданные в медицинской организации, выполнявшей их получение и (или) исследование по запросу Страховщика или Сервисной компании (такие материалы Застрахованный обязан по запросу Страховщика или

представителя Страховщика передать Сервисной компании в целях повторного исследования биологического материала (препаратов или блоков тканей) медицинской организацией, указанной Страховщиком (Сервисной компанией)).

4.5. Если какие-либо документы, предоставляемые Застрахованным лицом, составлены на языке, отличном от русского, к таким документам Застрахованный обязан приложить их нотариально заверенный перевод на русский язык, выполненный за счёт Застрахованного (Страховщик не оплачивает услуги, связанные с переводом документов на русский язык).

4.6. Застрахованный обязан сообщить всю известную ему информацию о медицинских организациях и врачах, оказывавших ему медицинскую помощь, а также предоставить таким медицинским организациям и врачам заявление с разрешением передавать Страховщику (и (или) Сервисной компании) любую информацию, касающуюся здоровья Застрахованного лица, в том числе составляющую врачебную тайну, передавать Страховщику (и (или) Сервисной компании) копии медицинских документов.

4.7. Страховщик рассматривает заявление Застрахованного и приложенные к заявлению документы в течение 5 (пяти) рабочих дней, после чего либо сообщает Застрахованному о признании случая страховым, либо направляет Застрахованному информацию об отсутствии правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе в письменном виде с обоснованием принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования, на основании которых принято решение об отказе, либо запрашивает недостающие документы.

4.8. В случаях, когда повторное исследование биологических материалов Застрахованного не подтверждает установленный диагноз, Страховщик организует консультацию врачом-онкологом, и, в случае снятия ранее поставленного диагноза, рекомендует Застрахованному повторить обследование, при этом страховая выплата завершается оплатой перепроверки биологических материалов и консультацией у врача-онколога, а также оплатой проезда Застрахованного из населённого пункта выполнения консультации до населённого пункта проживания в соответствии с положениями настоящей Программы. Застрахованный имеет право повторно обратиться к Страховщику или в Сервисную компанию при постановке нового диагноза, подтверждении ранее поставленного диагноза.

4.9. При предоставлении новых или недостающих документов Страховщик рассматривает их в сроки, установленные Программой для рассмотрения первичного письменного заявления Застрахованного лица, исчисляемые с даты получения новых или недостающих документов, предусмотренных Программой.

4.10. Если событие, по поводу которого обратилось Застрахованное лицо, признано страховым случаем, Страховщик (или Сервисная компания) приступает к организации оказания услуг, предусмотренных Программой, не позднее 5 (Пять) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, предусмотренных Программой, направляя Застрахованному предложение по прохождению лечения в медицинских организациях. Необходимую медицинскую организацию определяет Страховщик (или Сервисная компания) с учётом места нахождения Застрахованного лица и возможности оказать необходимую медицинскую помощь.

4.11. После получения предложения от Страховщика (или от Сервисной компании) с указанием медицинской организации для прохождения лечения Застрахованный обязан дать ответ на предложение, приняв либо отказавшись от него, и уведомить Страховщика в письменной форме о принятом решении в течение 5 (Пяти) рабочих дней со дня получения предложения Страховщика. При отказе от предложенного лечения и от предложенной Страховщиком (или представителем Страховщика) медицинской организации ответственность за негативные последствия, связанные с задержкой в оказании медицинской помощи, несёт Застрахованный.

4.12. Застрахованный обязан следовать указаниям Страховщика при организации лечения и иных услуг, предусмотренных Программой, а также подписать все необходимые заявления и разрешения для предоставления любыми медицинскими организациями Страховщику медицинских документов и сведений, составляющих врачебную тайну.

4.13. Отказ Застрахованного от предоставления медицинским организациям, оказывающим (оказывавшим) ему услуги, разрешения на передачу медицинских документов и сведений, составляющих врачебную тайну Страховщику (и (или) представителю Страховщика – Сервисной компании), признаётся Страховщиком и Застрахованным отказом от страховой выплаты.

- 4.14. При повторном обращении Застрахованного для организации лечения, если с момента отказа его от лечения, предложенного Страховщиком, прошло более одного месяца, Застрахованный обязан предоставить заявление с приложением предусмотренных Программой документов как при первичном обращении, при этом все сроки рассмотрения документов и организации лечения исчисляются как при первичном обращении с заявлением о страховом случае.
- 4.15. Страховщик организует оказание медицинских услуг в соответствии с режимом работы медицинских организаций.
- 4.16. Отказ Застрахованного лица от лечения в предложенных Страховщиком медицинских организациях не порождает обязательств Страховщика осуществить выплату иным способом, не предусмотренным Программой и Договором (Полисом) страхования, или организовать лечение в медицинских организациях, предложенных Застрахованным (представителем Застрахованного).
- 4.17. При отсутствии мест в палатах, предусмотренных Программой, Застрахованное лицо может быть размещено в палате, в которой есть место, с переводом в установленную Программой палату при появлении в ней мест.
- 4.18. При назначении Застрахованному врачом повторных курсов лечения, при рецидиве заболевания Застрахованный обязан сообщить об этом Страховщику в течение действия Договора (Полиса) и предоставить сведения и документы в порядке, предусмотренном настоящей Программой для обращения по поводу страхового случая.
- 4.19. Если Застрахованный находился вне населённого пункта своего постоянного проживания на организованном Страховщиком лечении, и диагноз «злокачественное новообразование» во время такого лечения был снят (отменён) по результатам обследования, Страховщик в счёт страховой выплаты оплачивает такое лечение и обследование до изменения диагноза, а также до выписки из стационара (если имело место лечение в стационарных условиях), и проезд Застрахованного лица в соответствии с Программой до населённого пункта постоянного проживания Застрахованного лица на территории в Российской Федерации. При этом Застрахованное лицо имеет право повторно обратиться к Страховщику при постановке нового диагноза.
- 4.20. Для оплаты лечения по поводу заболевания, возникшего в течение действия страхования по прекратившему действие Договору (Полису), заключённому со Страховщиком, необходима непрерывная пролонгация Договора (Полиса) страхования – заключение Договора (Полиса) со Страховщиком на новый срок, которое возможно только при наличии неполностью израсходованной страховой суммы на весь срок страхования с учётом пролонгаций.
- 4.21. Выбор сроков и метода лечения Застрахованного, в том числе оперативного лечения, осуществляет лечащий врач.
- 4.22. В случаях, когда Застрахованный (или его представитель) по согласованию со Страховщиком (или по согласованию с Сервисной компанией) выполнил оплату каких-либо услуг, медицинских изделий, лекарственных средств, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо имеет право на возмещение понесённых расходов.
- 4.23. Для получения возмещения денежных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг и (или) приобретение лекарственного средства и (или) медицинских изделий, предусмотренных настоящей Программой, в случаях согласованных со Страховщиком, Застрахованный или его представитель в течение 60 календарных дней<sup>2</sup> с момента получения медицинских услуг и (или) покупки лекарственного средства или медицинского изделия (независимо от окончания срока действия Договора страхования в отношении Застрахованного) должен направить заказным письмом с уведомлением для Департамента медицинского страхования Страховщика по адресу 117997, г. Москва, ГСП-7, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2 заявление на получение страхового возмещения с указанием реквизитов счёта для перечисления денежных средств и с приложением следующих документов:
- 4.23.1. копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного (все страницы);
- 4.23.2. оригинал нотариально заверенной доверенности на получение денежных средств доверенным лицом Застрахованного или нотариально заверенную копию документа, подтверждающего право заявителя на наследство или документа, подтверждающего, что заявитель является законным представителем Застрахованного;<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Дата подачи заявления на возмещение определяется датой отправки заявления Страховщику, указанной в документах, подтверждающих почтовое отправление или датой, проставленной Страховщиком при принятии документов в офисе Страховщика.

<sup>3</sup> Предоставляется только в том случае, если страховая выплата осуществляется доверенному лицу Застрахованного, наследнику или законному представителю.

4.23.3. оригинал кассового чека и или документ строгой отчетности, предусмотренный законодательством Российской Федерации, подтверждающие понесённые расходы на услуги, лекарства, или медицинские изделия, предусмотренные настоящей Программой;

при оплате медицинских услуг:

4.23.4. оригинал счета, заверенный подписью представителя исполнителя услуг и печатью организации-исполнителя услуг и содержащий фамилию, имя, отчество Застрахованного, наименование, цены и стоимость оказанных медицинских услуг, дату (даты) оказания услуг;

4.23.5. договор, заключённый Застрахованным (или в пользу Застрахованного) с медицинской организацией (без участия организаций-посредников), содержащий сведения о медицинской организации и лицензии медицинской организации;

4.23.6. оригинал реестра оказанных услуг (если счёт не содержит детализацию с указанием перечня оказанных услуг);

4.23.7. заверенная исполнителем медицинских услуг копия прейскуранта;

4.23.8. заверенная исполнителем услуг копия медицинской документации, подтверждающей факт назначения и оказания медицинских услуг;

при покупке лекарственного средства или медицинского изделия:

4.23.9. рецепт (или копия рецепта) и (или) иной документ<sup>4</sup> (при отсутствии бланков рецептов), выписанный лечащим врачом, подтверждающий назначение рецепта или назначение применения медицинского изделия, предусмотренных Программой;

при получении и оплате иных (немедицинских), предусмотренных Программой, услуг:

4.23.10. договор на оказание услуг (при наличии) или счёт исполнителя услуг с детализацией по оказанным услугам;

4.23.11. в зависимости от транспорта, билеты на который были куплены – авиабилеты, железнодорожные билеты, билеты для проезда междугородними автобусами;

4.23.12. при оплате проживания в гостиницах – договор на оказание гостиничных услуг или заменяющий его документ.

4.24. Страховщик рассматривает заявление Застрахованного лица на возмещение понесённых расходов и не позднее 15 (пятнадцатого) рабочего дня после получения всех документов, предусмотренных Программой, и выносит решение об осуществлении выплаты путём возмещения (частичного или полного) понесённых расходов, либо об отказе в возмещении понесённых расходов, либо о необходимости предоставить недостающие документы, предусмотренные Программой.

4.25. Страховщик осуществляет страховое возмещение Застрахованному (его представителю или наследнику) в течение 30 (Тридцать) календарных дней с даты принятия Страховщиком решения о страховой выплате. При этом возмещение производится в пределах суммы, указанной в кассовом чеке (или бланке строгой отчётности), соответствующей сумме расходов на согласованные со Страховщиком услуги и (или) лекарственные средства и (или) медицинские изделия, а также в пределах страховой суммы по настоящей Программе, предусмотренной Договором страхования.

4.26. Страховщик отказывает Застрахованному в возмещении, если:

4.26.1. наименование лекарственного препарата или медицинского изделия, указанного в кассовом чеке или бланке строгой отчётности, не совпадает с наименованием лекарственного препарата или медицинского изделия, указанного в рецепте (назначениях врача), кроме случаев, когда была выполнена покупка аналогичного лекарственного средства или медицинского изделия с иным торговым названием;

4.26.2. медицинские и иные услуги оказаны Застрахованному и (или) лекарственный препарат (или медицинское изделие) приобретен для Застрахованного после окончания действия Договора (Полиса) страхования;

4.26.3. к Заявлению не приложен хотя бы один из документов, указанных в подпункте 4.23 настоящей Программы;

---

<sup>4</sup> Иной документ – выписка из медицинской карты стационарного больного (истории болезни), справка медицинской организации, заверенная копия медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или выписка из этой карты, подтверждающие факт выписки (назначения) лекарственного средства или медицинского изделия с указанием фамилии и инициалов Застрахованного, наименования лекарственного средства и его дозировки (или медицинского изделия), фамилии врача, содержащий печать (штамп) медицинской организации. Допускается предоставление Застрахованным копии такого документа, заверенной медицинской организацией, выдавшей документ.



4.26.4. сумма, указанная в кассовом чеке или бланке строгой отчётности как расходы на предусмотренные Программой услуги и лекарственные препараты (или медицинские изделия) не соответствует сумме, указанной в заявлении на возмещение расходов (в таком случае Страховщик выполняет возмещение фактически подтверждённых документами расходов);

4.26.5. медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, и (или) лекарственные препараты (или медицинские изделия), не входят в объем услуг и лекарственных препаратов и медицинских изделий, предусмотренных настоящей Программой;

4.26.6. не соблюден порядок получения медицинской помощи, предусмотренный настоящей Программой, и услуги и лекарственные препараты или медицинские изделия оплачены Застрахованным лицом (его представителем) без согласования со Страховщиком.

4.27. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты путём возмещения понесённых Застрахованным (или его представителем) расходов Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе в страховой выплате в письменном виде извещает Застрахованного (его представителя) с обоснованием принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования, на основании которых принято решение об отказе.

## **5. Перечень исключений**

**5.1. Страховщик в рамках настоящей Программы не оплачивает медицинские и иные услуги, связанные со следующими заболеваниями, их осложнениями и последствиями:**

5.1.1. заболевание, симптомы (проявления, признаки) которого, зафиксированные в медицинском документе, появились до начала действия Договора страхования и (или) до истечения Периода ожидания (предшествующие заболевания), а также после завершения действия Договора;

5.1.2. заболевание, диагноз которого установлен без соблюдения принятых стандартов диагностики, без объективного подтверждения, или который не подтверждён (не установлен) врачом-онкологом;

5.1.3. заболевание (состояние), не указанное в определении страхового случая по настоящей Программе, в том числе новообразования *in situ* (рак *in situ*), любая дисплазия, доброкачественное новообразование, любые объёмные образования, не относящиеся к злокачественным новообразованиям, кисты, опухолеподобные образования;

5.1.4. рак кожи, отличный от меланомы (базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи);

5.1.5. любые новообразования на фоне болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), на фоне носительства ВИЧ, рак печени, развившийся на фоне гепатитов В и (или) С;

5.1.6. болезнь, вызванная **вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)**, СПИД, вирусные гепатиты;

5.1.7. алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приёмом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача, токсических веществ с целью опьянения;

5.1.8. психические расстройства и расстройства поведения.

**5.2. Страховщик в рамках настоящей Программы не оплачивает следующие услуги и виды лечения:**

5.2.1. услуги, оказываемые по поводу заболеваний, не являющихся злокачественными новообразованиями, предусмотренными Программой, кроме случаев, когда такие услуги необходимы в рамках лечения по поводу злокачественного новообразования в стационарных условиях;

5.2.2. услуги, оказываемые без медицинских показаний, без назначения врача, по желанию пациента, в том числе с целью предоставления дополнительного комфорта, предоставления индивидуального поста; услуги, оказываемые на дому, в том числе уход за больными на дому;

5.2.3. услуги сиделок, социальных работников;

5.2.4. лечение в рамках народной медицины; немедицинские услуги, кроме прямо предусмотренных Программой;

5.2.5. проживание в гостинице сверх срока, необходимого для подготовки к началу лечения, организованного Страховщиком или к подготовке к отъезду в населённый пункт постоянного проживания после проведённого лечения, организованного Страховщиком;

- 5.2.6. услуги по репатриации тела, кроме предусмотренных настоящей Программой, ритуальные услуги (кроме транспортировки тела в соответствии с положениями Программы), услуги по погребению, по подготовке тела к погребению;
- 5.2.7. паллиативная медицинская помощь при нахождении в хосписе, любые услуги в рамках паллиативной медицинской помощи вне хосписа, оказываемые медицинским работником, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи;
- 5.2.8. CAR T-клеточная терапия;
- 5.2.9. все виды трансплантации органов и тканей от живого или мертвого донора (кроме трансплантации костного мозга);
- 5.2.10. медицинские услуги с целью контроля за состоянием здоровья во время ремиссии;
- 5.2.11. услуги, оказываемые по поводу состояний, являющихся последствиями нарушения Застрахованным лицом рекомендаций врачей при обследовании и лечении и рекомендаций Страховщика (или его представителя) при организации предусмотренных Программой услуг;
- 5.2.12. услуги, оказываемые до начала действия страхования, в том числе в течение действия Периода ожидания, или после завершения действия Договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного в стационарных условиях при госпитализации в течение срока действия Договора (лечение в стационарных условиях, начатое во время действия договора страхования, оплачивается до момента выписки Застрахованного из стационара);
- 5.2.13. услуги, оказываемые по поводу предшествующих заболеваний – заболеваний, симптомы, признаки, проявления которых, зафиксированные в медицинских документах, появились до начала действия Договора страхования и (или) до истечения срока Периода ожидания;
- 5.2.14. медицинские услуги в рамках оказания медицинской помощи в экстренной и неотложных формах, кроме оказываемых в рамках организованного Страховщиком лечения в стационарных условиях и условиях дневного стационара после начала лечения, в также предусмотренной Программой медицинской эвакуации;
- 5.2.15. услуги, оплаченные Застрахованным лицом (его представителем) без согласования со Страховщиком;
- 5.2.16. услуги, оказанные медицинскими организациями с нарушением лицензионных требований (по специальностям, не указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности соответствующей медицинской организации);
- 5.2.17. услуги организаций-посредников (агентов), выполняющих организацию медицинских услуг, оплаченных Застрахованным.
- 5.3. **Страховщик не оплачивает следующие материалы, изделия, лекарственные средства:**
- 5.3.1. лекарственные средства и медицинские изделия, применяемые Застрахованным для лечения на дому;
- 5.3.2. лекарственные средства и медицинские изделия, применяемые для лечения по поводу сопутствующих заболеваний, не относящихся к злокачественным новообразованиям, предусмотренным программой (кроме случаев применения таких лекарственных средств в стационарных условиях и в условиях дневного стационара при лечении Застрахованных по поводу злокачественного новообразования);
- 5.3.3. средства ухода за больными, в том числе медицинские изделия, применяемые вне медицинских организаций во время организованного (или согласованного) Страховщиком лечения и вне выполнения предусмотренной Программой медицинской эвакуации;
- 5.3.4. лекарственные средства и медицинские изделия, применяемые для оказания медицинских услуг (для выполнения лечения), оплата которых не предусмотрена настоящей Программой;
- 5.3.5. услуги, оказанные лицу, не являющемуся Застрахованным (кроме оплаты нахождения в стационаре одного законного представителя, либо лица сопровождающего Застрахованного в возрасте до четырёх лет (три года включительно), а также при наличии медицинских показаний у ребенка старше четырёх лет (при отсутствии медицинских показаний законным представителям либо сопровождающим лицам при госпитализации ребёнка в возрасте старше четырёх лет (от четырёх лет) не предоставляется спальное место и питание в счет страховой выплаты, но они вправе находиться вместе с ребенком до его выписки – в соответствии с правилами внутреннего распорядка медицинской организации), а также кроме оплаты выполняемых в стационарных условиях обследования и лечения донора при пересадке Застрахованному костного мозга).

**При наступлении страхового случая необходимо обратиться к  
Страховщику по телефону 8 800 200 19 47**