

Программа добровольного медицинского страхования «ОнкоМед ПЛЮС расширенная»

1. Общие условия 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 данного заболевания.

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 которого 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 со дня вступления в силу договора страхования на новый срок, а при включении в Договор программы с новыми рисками – со страхованием на случай заболеваний, состояний, отсутствовавших в предыдущей программе в определении страхового случая, Период ожидания применяется только в отношении новых рисков (в отношении заболеваний и состояний, страхование на случай которых не осуществлялось в рамках предыдущей программы).

1.3. **Пролонгация страхования:** заключение нового договора страхования без перерыва в страховании, без изменения программы страхования (или с применением программы страхования, обеспечивающей лечение по поводу тех же заболеваний и состояний, что и предыдущая) и Застрахованного лица при условии, что не была исчерпана страховая сумма на весь срок действия страхования, если такая страховая сумма предусмотрена договором.

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:

1.4.1. 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);

и (или)

1.4.2. назначения в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) оперативного лечения в объёме аорто-коронарного шунтирования, необходимость в котором возникла в результате произошедшего (возникшего) в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) заболевания;

и (или)

1.4.3. назначения в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) оперативного лечения в объёме операции на клапанах сердца, необходимость в котором возникла в результате произошедшего (возникшего) в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) заболевания;

и (или)

1.4.4. назначения в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) оперативного лечения в объёме имплантации стент-графта в аорту, необходимость в котором возникла в результате произошедшего (возникшего) в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) заболевания;

и (или)

1.4.5. назначения в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) оперативного лечения в объёме нейрохирургической операции на внутричерепных структурах, необходимость в котором возникла в результате произошедшего (возникшего) в течение

действия страхования (после истечения Периода ожидания) заболевания (кроме травм, последствий травм), а также операции по поводу произошедших (возникших) в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) новообразований спинного мозга (в том числе доброкачественных);

и (или)

1.4.6. назначения в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) лечения в объёме трансплантации от живого донора части лёгкого, части печени, почки, части поджелудочной железы, костного мозга, необходимость в которой возникла в результате произошедшего (возникшего) в течение действия страхования (после истечения Периода ожидания) заболевания;

повлекшее возникновение необходимости в оказании медицинской помощи, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату путём оплаты медицинским и иным организациям предусмотренных настоящей 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 или не требуется для постановки диагноза, дата внесения соответствующей записи с указанием диагноза в медицинский документ врачом 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, на территории стран Европейского союза (кроме Швейцарии), на территории Израиля, Турции, Южной Кореи, расходы Застрахованного (его представителя) на покупку предусмотренных программой лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий должны быть понесены на территории Российской Федерации или на территории страны, в которой данные лекарственные препараты и (или) медицинские изделия продаются в соответствии с действующим местным законодательством.

1.7. **Представитель Страховщика, Сервисная компания:** организация, имеющая договорные отношения со Страховщиком, осуществляющая организацию услуг, предусмотренных Программой.

1.8. **Травма:** нарушение структуры живых тканей и (или) анатомической целостности органов, явившееся следствием одномоментного или кратковременного механического, термического или химического внешнего воздействия.

1.9. **Врождённые, наследственные заболевания и родовые травмы:** любые заболевания и состояния, которые существовали на момент рождения как результат наследуемых заболеваний или заболеваний, развившихся (и (или) выявленных) во время беременности, а также заболевания и травмы, возникшие при родах (полученные во время родов), проявившиеся сразу после рождения или в любое время после рождения в течение жизни.

1.10. **Исключения:** событие, заболевание или состояние, при развитии, наступлении которых не возникает обязательство Страховщика осуществить страховую выплату, а также перечень услуг, лекарственных препаратов медицинских и иных изделий, оплату которых Страховщик не осуществляет. Исключения являются неотъемлемой частью настоящей Программы.

1.11. **Предшествующее заболевание (состояние):** любое заболевание, которое диагностировано, по поводу которого выполнялось лечение или консультации врачами, или которое проявлялось симптомами до даты начала срока действия Договора (Полиса) или до истечения Периода ожидания.

1.12. **Период лечения:** временной период, начинающийся со дня окончания Договора (Полиса), в течение которого обеспечивается оплата лечения по поводу предусмотренного Программой произошедшего в течение действия страхования заболевания (или для выполнения предусмотренного Программой вмешательства по поводу произошедшего в течение действия страхования заболевания). Период лечения применяется только в случаях, когда Страховщик прекратил продажи полисов по настоящей Программе.

1.13. **Изменение условий страхования:** заключение Договора (Полиса) на новый срок на условиях предыдущего периода страхования не гарантируется. Страховая премия и условия договора и программы могут быть изменены при заключении договора на новый срок (при заключении нового договора).

1.14. Если заболевание (состояние) Застрахованного лица, предусмотренное Программой, возникнет или будет диагностировано в течение действия Периода ожидания, Договор (Полис) считается досрочно прекратившим свое действие. При наступлении указанных в настоящем пункте обстоятельств страховая премия по запросу страхователя подлежит возврату страхователю в полном объеме.

1.15. Договор (Полис) прекращает своё действие, и дальнейшие выплаты не осуществляются в случае, если договор (полис) не был заключён на новый срок (не был заключён договор (полис) по этой же Программе (или с применением программы страхования, обеспечивающей лечение по поводу тех же заболеваний и состояний, что и предыдущая) в отношении этого же Застрахованного лица без перерыва в сроках действия страхования), что возможно в следующих случаях:

- 1.15.1. страховщик прекращает продажи полисов страхования (заключение договоров) по настоящей Программе (или по программе страхования, обеспечивающей лечение по поводу тех же заболеваний и состояний, что и настоящая), и в этом случае применяется Период лечения длительностью 18 месяцев;
- 1.15.2. страхователь не оплатил страховую премию для пролонгации страхования на новый срок;
- 1.15.3. страховая сумма для соответствующего периода страхования исчерпана.

2. Страховые выплаты

Страховые выплаты по настоящей программе осуществляются путём организации и оплаты следующих медицинских и иных услуг:

2.1. Второе медицинское мнение:

письменное заключение иностранного врача-специалиста по предоставленным Застрахованным (его представителем) медицинским документам, поданным вместе с заявлением о наступлении страхового случая.

2.2. Медицинские услуги, оказываемые в плановой форме в амбулаторных условиях в медицинских организациях, а также в условиях дневного стационара:

- 2.2.1. 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;
- 2.2.2. 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, объёмов оперативных вмешательств, а также необходимые для оценки результатов проведённого лечения;
- 2.2.3. лечебные медицинские вмешательства, в том числе оперативные, с применением лекарственных препаратов и медицинских изделий, расходуемых во время выполнения лечебных вмешательств в медицинских организациях;
- 2.2.4. лекарственное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями: химиотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия;
- 2.2.5. экспертиза временной нетрудоспособности, оформление рецептов на лекарственные препараты;
- 2.2.6. обследование донора в рамках подготовки к трансплантации.

2.3. Медицинские услуги, оказываемые в стационарных условиях в плановой форме:

- 2.3.1. пребывание Застрахованного в одноместной палате (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), 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);
- 2.3.2. консультации (осмотры) врачей;
- 2.3.3. лабораторная и инструментальная диагностика, необходимая для проведения лечения, контроля за состоянием пациента, включая гистологические, цитологические исследования;
- 2.3.4. пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- 2.3.5. анестезиологические пособия;
- 2.3.6. оперативные вмешательства, предусмотренные Программой страхования, а также выполняемые с целью лечения по поводу злокачественного новообразования, в том числе маммопластика после удаления молочной железы или протезирование суставов и (или) протезирование гортани в рамках лечения по поводу злокачественного новообразования, организованного по настоящей Программе;
- 2.3.7. лекарственное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями: химиотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия, в том числе CAR T-клеточная терапия;
- 2.3.8. лучевая терапия;

- 2.3.9. трансплантация костного мозга, трансплантация органов (частей органов) от живого донора (подлежит оплате обследование и лечение донора в стационарных условиях, связанное с подготовкой к трансплантации, лечение после изъятия органа или ткани);
- 2.3.10. применение расходуемых во время лечения имеющихся в наличии стационара лекарственных препаратов, включая препараты крови, компоненты крови;
- 2.3.11. применение 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;
- 2.3.12. экспертиза временной нетрудоспособности, оформление рецептов на лекарственные препараты.

2.4. транспортировка Застрахованного и одного сопровождающего лица (и донора) из населённого пункта проживания Застрахованного до населённого пункта проведения лечения в рамках настоящей Программы и возвращение обратно:

- 2.4.1. поездка (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 в случае если состояние Застрахованного позволяет осуществить поездку и нет противопоказаний для соответствующей транспортировки;
- 2.4.2. медицинское сопровождение Застрахованного по назначению лечащего врача во время поездки в качестве пассажира регулярных авиа- или железнодорожных или автобусных линий;
- 2.4.3. медицинская эвакуация от места жительства Застрахованного до населённого пункта проведения лечения санитарным транспортом (наземным или с применением санитарной авиации) в случае, если лечащим врачом назначен такой способ транспортировки (если поездка в качестве пассажира регулярных авиа- или железнодорожных или автобусных линий противопоказана Застрахованному).

2.5. Проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица (и донора) в гостинице уровня не выше 3* (3 звезды) в населённом пункте проведения лечения:**

подлежит оплате пребывание в гостинице со дня прибытия до госпитализации или до окончания амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре, а также после выписки из стационара (или после завершения амбулаторного лечения или лечения в дневном стационаре) до отъезда в населённый пункт постоянного проживания с оплатой трёхразового питания, при этом датой отъезда считается первый возможный день отправления с учётом состояния здоровья Застрахованного (или донора), в который Страховщиком (его представителем) организовано возвращение Застрахованного к месту жительства.

2.6. Услуги по переводу с русского языка и на русский язык проведению лечения вне РФ в странах, предусмотренных настоящей Программой.

2.7. Репатриация останков:

в случае смерти Застрахованного лица (или донора) 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 (или донора) 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, минимально необходимые для осуществления транспортировки тела Застрахованного в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и страны, из которой выполняется транспортировка останков.

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

3.1. При постановке диагноза «злокачественное новообразование» (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) или наступлении иных событий, предусмотренных определением страхового случая по настоящей Программе, в течение действия 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, если известна, 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 страхования.

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

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

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

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

3.4.2. медицинский документ (заверенная медицинской организацией копия), подтверждающий постановку диагноза или назначение предусмотренного Программой лечения – медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, медицинская карта стационарного больного, выписной эпикриз, в которых зафиксирован установленный диагноз, в котором имеются записи с рекомендациями предусмотренного Программой лечения;

3.4.3. 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;

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

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

3.4.6. 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» или которые использовались при принятии решения о назначении предусмотренных Программой операций;

3.4.7. копия направления (при наличии) на лечение в стационарных условиях, заверенная медицинской организацией;

3.4.8. 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);

3.4.9. биологические материалы (препараты или блоки тканей), выданные в медицинской организации, выполнявшей их получение и (или) исследование (такие материалы Застрахованный обязан по запросу передать Представителю Страховщика в целях повторного исследования биологического материала (препаратов или блоков тканей) медицинской организацией, указанной Страховщиком).

3.5. 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.

3.6. 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) его представителю) любую информацию, касающуюся здоровья Застрахованного лица, в том числе составляющую врачебную тайну, передавать Страховщику (и (или) его представителю) копии медицинских документов.

3.7. 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 причин принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования, на основании которых принято решение об отказе, либо запрашивает недостающие документы.

3.8. 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 при постановке нового диагноза.

3.9. 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.

3.10. Если событие, по поводу которого обратилось Застрахованное лицо, признано страховым случаем, Страховщик приступает к организации оказания предусмотренных Программой услуг не позднее 5 (пять) рабочих дней со дня получения всех необходимых документов, предусмотренных Программой, направляя в течение 3 (трёх) рабочих дней после признания случая страховым Застрахованному предложение по прохождению лечения в медицинских организациях. Необходимую медицинскую организацию определяет Страховщик (его представитель) с учётом места нахождения Застрахованного лица и возможности оказать необходимую медицинскую помощь, при этом Страховщик предлагает Застрахованному на выбор проведение лечения на территории Российской Федерации или в иных странах, предусмотренных Программой.

3.11. После получения предложения от Страховщика (Представителя Страховщика) с указанием страны и 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.

3.12. Второе медицинское мнение предоставляется от врача медицинской организации, согласованной между Страховщиком и Застрахованным: Застрахованному направляется копия заключения врача, выполнявшего оценку документов, предоставленных застрахованным лицом, и перевод данного заключения на русский язык (если заключение выполнено на иностранном языке). Заключение предоставляется в течение 15 (Пятнадцать) рабочих дней со дня признания Страховщиком случая страховым.

3.13. 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.

3.14. 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), признаётся Страховщиком и Застрахованным отказом от страховой выплаты.

3.15. При повторном обращении Застрахованного для организации лечения, если с момента отказа его от организации лечения, предложенной 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.

3.16. Страховщик организует оказание медицинских услуг в соответствии с режимом работы медицинских организаций.

3.17. 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).

3.18. 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.

3.19. 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 (или отменено предусмотренное Программой оперативное лечение), Страховщик в счёт страховой выплаты оплачивает лечение и обследование до

изменения диагноза или изменения плана лечения, а также до выписки из стационара (если имело место лечение в стационарных условиях), и проезд Застрахованного лица и сопровождающего 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 (при повторном назначении предусмотренного Программой лечения).

3.20. 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.

3.21. Выбор сроков и метода лечения Застрахованного, в том числе оперативного лечения, осуществляет лечащий врач.

3.22. Если по независящим от Страховщика причинам выезд в страну, выбранную Застрахованным из предусмотренных Программой, становится невозможен, Застрахованное лицо и Страховщик могут согласовать иную медицинскую организацию и иную страну для выполнения лечения.

3.23. 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 препаратов, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованное лицо имеет право на возмещение понесённых расходов.

3.24. Для получения возмещения денежных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг и (или) приобретение лекарственного препарата и (или) медицинских изделий, предусмотренных настоящей Программой, в случаях согласованных со Страховщиком, Застрахованный или его представитель в течение 60 календарных дней¹ с момента получения медицинских услуг и (или) покупки лекарственного препарата 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:

3.24.1. копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного (все страницы);

3.24.2. 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;²

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

а также

при оплате медицинских услуг:

3.24.4. 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;

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

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

3.24.7. заверенная исполнителем медицинских услуг копия прейскуранта (если в стране оказания услуг прейскурант выдаётся на руки потребителям услуг);

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

при покупке лекарственного препарата или медицинского изделия:

3.24.9. рецепт (или копия рецепта) и (или) иной документ³ (при отсутствии бланков рецептов), выписанный лечащим врачом, подтверждающий назначение лекарства или назначение применения медицинского изделия, предусмотренных Программой;

¹ 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.

² Предоставляется только в том случае, если страховая выплата осуществляется доверенному лицу Застрахованного, наследнику или законному представителю.

³ 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 препарата или медицинского изделия с указанием фамилии и инициалов Застрахованного, наименования лекарственного препарата и его дозировки (или медицинского изделия), фамилии врача,

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

- 3.24.10. договор на оказание услуг (при наличии) или счёт исполнителя услуг с детализацией по оказанным услугам;
 - 3.24.11. в зависимости от транспорта, билеты на который были куплены – авиабилеты, железнодорожные билеты, билеты для проезда междугородними автобусами;
 - 3.24.12. при оплате проживания в гостиницах – договор на оказание гостиничных услуг или заменяющий его документ.
- 3.25. 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.
- 3.26. 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 препараты и (или) медицинские изделия, а также в пределах страховой суммы по настоящей Программе, предусмотренной Договором страхования.
- 3.27. Страховщик имеет право отказать Застрахованному в возмещении, если:
- 3.27.1. 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 препарата или медицинского изделия с иным торговым названием;
 - 3.27.2. медицинские и иные услуги оказаны Застрахованному и (или) лекарственный препарат (или медицинское изделие) приобретен для Застрахованного после окончания действия страхования (кроме случаев применения Периода лечения);
 - 3.27.3. к Заявлению не приложен хотя бы один из документов, предусмотренных настоящей Программой для предоставления вместе с заявлением на возмещение;
 - 3.27.4. 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);
 - 3.27.5. медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, и (или) лекарственные препараты (или медицинские изделия), не предусмотрены настоящей Программой;
 - 3.27.6. оплаченные услуги и (или) лекарственные препараты и (или) медицинские изделия предоставлены по поводу заболеваний (состояний), перечисленных в перечне исключений из страхового покрытия по настоящей Программе;
 - 3.27.7. 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.
- 3.28. По решению Страховщика перечень документов, предусмотренных настоящей Программой для предоставления Страховщику вместе с заявлением на возмещение расходов, может быть сокращен, если это не влияет на подтверждение факта наступления страхового случая и его обстоятельств, а также на определение суммы возмещения и на определение получателя страхового возмещения: если Застрахованным (его представителем) предоставлены не все документы, указанные в настоящей Программе (в том числе если такие документы не выдаются в стране оказания оплаченных услуг), то Страховщик вправе принять решение по заявленному случаю на основании предоставленных документов при условии, что таких документов достаточно для установления факта наличия или отсутствия страхового случая, его обстоятельств, соответствия заявленных расходов условиям Программы, размера страховой выплаты, получателя (потребителя) медицинских услуг и страхового возмещения.
- 3.29. 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.
- 3.30. При выполнении возмещения расходов, понесённых Застрахованным лицом, если расходы были понесены в валюте, отличной от российского рубля, выплаты осуществляются в рублях по курсу Центрального Банка РФ на день осуществления платежа.

3.31. При оплате услуг, предусмотренных настоящей Программой, по счетам исполнителей услуг в валюте, отличной от валюты страховой суммы, Страховщик учитывает расходование страховой суммы, применяя курсы валют на день осуществления платежа.

4. Перечень исключений

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

- 4.1.1. 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 страхования;
- 4.1.2. заболевание, диагноз которого установлен без соблюдения принятых стандартов диагностики, без объективного подтверждения, или который не подтверждён (не установлен) врачом-онкологом (для злокачественных новообразований);
- 4.1.3. заболевание (состояние), не указанное в определении страхового случая по настоящей Программе, в том числе новообразования *in situ* (рак *in situ*), любая дисплазия, а также (кроме предусмотренных Программой случаев) доброкачественные новообразования и (или) любые объёмные образования, не относящиеся к злокачественным новообразованиям, и (или) кисты и (или) опухолеподобные образования;
- 4.1.4. рак кожи, отличный от меланомы (базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи);
- 4.1.5. злокачественные новообразования на фоне болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), злокачественные новообразования на фоне носительства ВИЧ, на фоне гепатитов В и (или) С;
- 4.1.6. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), СПИД, вирусные гепатиты;
- 4.1.7. алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приёмом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача, токсических веществ с целью опьянения; заболевания и состояния, связанные причинно-следственной связью с приёмом алкоголя и иных веществ с целью опьянения, в том числе алкогольное поражение печени и иных органов, включая цирроз печени, вызванный алкоголем;
- 4.1.8. психические расстройства и расстройства поведения; врождённые, наследственные заболевания и родовые травмы, пороки развития.

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

- 4.2.1. 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 и (или) в условиях дневного стационара, а также если такое лечение прямо предусмотрено Программой в определении страхового случая;
- 4.2.2. 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;
- 4.2.3. услуги сиделок, социальных работников; услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- 4.2.4. лечение в рамках народной медицины; немедицинские услуги, кроме прямо предусмотренных Программой;
- 4.2.5. 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;
- 4.2.6. 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;
- 4.2.7. паллиативная медицинская помощь при нахождении в хосписе, любые услуги в рамках паллиативной медицинской помощи вне хосписа, оказываемые медицинским работником, прошедшим обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи; реабилитация; профилактические услуги; восстановление репродуктивной функции;
- 4.2.8. все виды трансплантации органов и тканей от мёртвого донора, пересадка органов и тканей, не предусмотренная настоящей Программой;
- 4.2.9. медицинские услуги с целью контроля за состоянием здоровья во время ремиссии; поездки Застрахованного по РФ и вне РФ с целью контрольного обследования, контроля за состоянием здоровья после проведённого лечения;
- 4.2.10. 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;

- 4.2.11. 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) и кроме применения Периода лечения;
 - 4.2.12. 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;
 - 4.2.13. 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, а также предусмотренной Программой медицинской эвакуации;
 - 4.2.14. услуги, оплаченные Застрахованным лицом (его представителем) без согласования со Страховщиком;
 - 4.2.15. услуги, оказанные медицинскими организациями с нарушением лицензионных требований (по специальностям, не указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности соответствующей медицинской организации);
 - 4.2.16. услуги организаций-посредников (агентов), выполняющих организацию медицинских услуг или доставку лекарственных препаратов и медицинских изделий, оплаченных Застрахованным;
 - 4.2.17. услуги, оказываемые вне территории стран, предусмотренных Программой (кроме услуг, связанных с проездом Застрахованного на лечение);
 - 4.2.18. услуги, оказываемые с косметической целью, эстетической целью, с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, пластическая хирургия (кроме маммопластики после удаления молочной железы при лечении в рамках настоящей Программы);
 - 4.2.19. операции на сердце и сосудах и нейрохирургические операции, кроме предусмотренных настоящей Программой в определении страхового случая;
 - 4.2.20. услуги, оказанные лицу, не являющемуся Застрахованным (кроме предусмотренных Программой случаев).
- 4.3. **Страховщик не оплачивает следующие материалы, изделия, лекарственные препараты:**
- 4.3.1. лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые Застрахованным для лечения на дому;
 - 4.3.2. лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые для лечения по поводу сопутствующих заболеваний (заболеваний, не предусмотренных Программой), кроме случаев применения таких лекарственных препаратов в стационарных условиях и в условиях дневного стационара при лечении Застрахованного в рамках настоящей Программы;
 - 4.3.3. 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;
 - 4.3.4. лекарственные препараты и медицинские изделия, применяемые для оказания медицинских услуг (для выполнения лечения), оплата которых не предусмотрена настоящей Программой.

Телефон для обращений к Страховщику: 8 800 200 19 47