

Приложение № 1
к Приказу от 25.07.2018 № 267 – од

«УТВЕРЖДАЮ»
Генеральный директор
ООО СК «ВТБ Страхование»

подписано М.А. Моторин
(личная подпись)
25.07.2018

ПРАВИЛА
ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ
КОРПОРАТИВНЫХ КЛИЕНТОВ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	3
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	4
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	4
4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	4
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ	5
6. ФРАНШИЗА	7
7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	7
8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА	8
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	8
10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	9
11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	11
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	13
13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ	13
14. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	13

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила общего добровольного медицинского страхования для корпоративных клиентов (далее — Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» (далее — «Страховщик») договоров добровольного медицинского страхования (далее — «договор страхования» или «Договор»).

1.2. Добровольное медицинское страхование (далее — «ДМС») осуществляется на основе программ медицинского страхования.

1.3. Применяемые в настоящих Правилах определения и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование и понятие используется в своем обычном лексическом значении.

1.3.1. Определения и понятия, применяемые в Правилах страхования:

Программа медицинского страхования (далее — «Программа», «Медицинская программа») — перечень и порядок оказания Застрахованному медицинских и иных услуг в рамках договора страхования.

Полный перечень медицинских и иных услуг определяется конкретной Программой.

Медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья Застрахованных, и включающих в себя предоставление медицинских услуг в очном и/или дистанционном формате (телемедицина) в рамках договора страхования, устанавливаемый в соответствии с Программой и включающий в себя:

- медицинские услуги (медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний и имеющих самостоятельное законченное значение) в том числе:

- медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
- обеспечение лекарственными средствами и/или изделиями медицинского назначения;
- медицинские осмотры и диспансеризация;

- иные услуги (услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг Застрахованному, оказываемые Страховщиком и/или сервисной организацией при наступлении страхового случая), в том числе медицинская эвакуация и медицинская репатриация.

Телемедицина — комплекс организационных, технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование системы предоставления дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

Территория страхования — страна или иная конкретно обозначенная территория, указанная в договоре страхования, в пределах которой действует страховая защита.

Медицинская организация — юридическое лицо любой организационно-правовой формы (лечебные, лечебно-профилактические, больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, клиники и другие), осуществляющее медицинскую деятельность и имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности, полученную в соответствии с законодательством государства, на территории которого осуществляется медицинская деятельность.

Аптечные организации — юридические лица любой организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление фармацевтической деятельности, полученную в соответствии с законодательством государства, на территории которого осуществляется фармацевтическая деятельность.

Сервисная организация — организация, предоставляющая и/или организующая предоставление услуг, указанных в Программе, на территории страхования, по указанию Страховщика.

Вариант страхования — перечень медицинских учреждений по программам медицин-

ского страхования с указанием видов медицинской помощи (страховых рисков) оказываемых в медицинских учреждениях, с указанием общей страховой премии и страховой суммы и/или отдельных страховых премий и сумм по каждому страховому риску.

Период охлаждения — 14 (четырнадцать)¹ календарных дней с даты заключения договора страхования — период времени, в течение которого Страхователь — физическое лицо вправе отказаться от договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии частично либо в полном объеме на условиях, указанных в настоящих Правилах и (или) договоре страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик — ООО СК «ВТБ Страхование», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Лицензией, выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью. Договоры страхования от имени Страховщика могут быть заключены в филиалах Страховщика, а также уполномоченными страховыми агентами (юридические и физические лица), в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

2.2. Страхователь — юридическое или дееспособное физическое лицо, а также лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.3. Застрахованный — названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования и, чьи имущественные интересы застрахованы. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного. Застрахованным, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо любого возраста.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской помощи вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их, в объеме, в порядке и на условиях, установленных договором добровольного медицинского страхования.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Договор страхования заключается в отношении риска обращения Застрахованного в медицинское учреждение либо иное учреждение за медицинской помощью, предусмотренной Программой, которое влечет за собой возникновение у Застрахованного расходов в связи с оплатой оказанной ему медицинской помощи.

4.3. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Выгодоприобретателям.

4.4. Страховым случаем в рамках настоящих Правил признается обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское или иное учреждение, предусмотренное договором страхования, либо в медицинское или иное учреждение по согласованию и направлению Страховщика, для получения медицинской помощи, предусмотренной Программой, вследствие расстройства здоровья Застрахованного и/или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания медицинской

¹ Если нормативно-правовым актом, в т.ч. Указанием Банка России, установлен иной срок, то считается, что период охлаждения составляет указанный в таком нормативно-правовом акте срок.

помощи (в т.ч. проведения профилактических мероприятий), повлекшее возникновение расходов у Застрахованного по оплате оказанных ему услуг.

4.4.1. Одно или несколько обращений в медицинское учреждение для получения медицинской помощи, предусмотренной Программой, по причине диагностики и/или лечения предусмотренного договором страхования одного и того же онкологического и/или критического заболевания, возникшего в течение срока страхования, рассматриваются как один страховой случай, если это прямо предусмотрено договором страхования. Договором страхования также может быть установлен ограниченный срок после окончания срока действия договора страхования, в течение которого Страховщиком оплачивается оказание такой медицинской помощи.

4.5. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному, оплачиваемый Страховщиком по договору страхования, а также перечень медицинских и иных услуг, которые не оплачиваются Страховщиком, определяются выбранной Страхователем Программой (приложение № 1 к Правилам), если иное не предусмотрено договором страхования.

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении или сокращении:

- объема предоставляемых услуг по Программе;
- перечня исключений, предусмотренных Программой.

4.6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское или иное учреждение по событиям, указанным в Программе как исключения.

4.7. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- умысла Страхователя (Застрахованного);
- в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, определяемый исходя из объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг), предусмотренных Программой. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (далее — страхование с валютным эквивалентом).

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в отношении Застрахованного. Страховая сумма может быть установлена следующим образом:

5.2.1. По договору (агрегатная).

При этом общий размер выплат в совокупности по всем страховым случаям, произошедшим по договору страхования в отношении одного и того же Застрахованного, не может превышать размер страховой суммы, установленной договором страхования в отношении этого Застрахованного.

5.2.2. По одному страховому случаю (неагрегатная).

При установлении страховой суммы «по одному страховому случаю» по каждому страховому случаю в отношении одного и того же Застрахованного размер страховой выплаты рассчитывается исходя из страховой суммы, установленной в договоре страхования для данного Застрахованного, независимо от предыдущих выплат по ранее произошедшим страховым случаям по данному Застрахованному.

5.2.3. Если в договоре страхования не указан порядок установления страховой суммы («по договору» или «по одному случаю»), то страховая сумма считается установленной «по договору».

5.3. Договором страхования могут быть предусмотрены лимиты страховой выплаты (по договору или по одному страховому случаю) в отношении отдельного вида медицинской

помощи (медицинские и иные услуги) и т.п.

5.4. Страховой тариф — ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

5.5. Размер страхового тарифа по договору страхования определяется на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору.

5.6. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.7. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из размера страховой суммы, срока действия договора страхования и степени страхового риска.

5.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

5.9. В случае неуплаты Страхователем страховой премии либо первого страхового взноса в сроки, предусмотренные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору у сторон не возникает.

5.10. В случае если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, то обязательство Страхователя по уплате страховой премии (страхового взноса) считается исполненным:

5.11.1. для Страхователей — юридических лиц и лиц, зарегистрированных в качестве индивидуальных предпринимателей:

— в момент поступления всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) на банковский счет банка, обслуживающего Страховщика или его уполномоченного представителя, при уплате в безналичном порядке;

— в момент получения всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика или внесения всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика при уплате наличными деньгами;

5.11.2. для Страхователей — физических лиц:

— в момент подтверждения исполнения перевода всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) обслуживающей Страхователя кредитной организацией при уплате в безналичном порядке;

— в момент получения всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) или внесения всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю при уплате наличными деньгами.

5.12. При заключении договора страхования на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в процентах от годовой страховой премии, в зависимости от срока страхования:

Срок страхования (мес.)	Процент от годовой страховой премии (страхового взноса)
до 3-х месяцев	50
от 3-х до 6-ти месяцев	65
от 6-ти месяцев до 9	75
более 9	100

5.13. При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий (взносов) за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за неполный год определяется как часть страхового взноса за год, пропорционально полным месяцам действия договора страхования сверх полных лет действия.

5.14. При страховании с валютным эквивалентом страховая премия устанавливается в иностранной валюте и уплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты Страхователем страховой премии (очередных страховых взносов).

6. ФРАНШИЗА

6.1. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в осуществляемых страховых выплатах — франшиза.

6.2. Франшиза может устанавливаться в фиксированной денежной сумме (абсолютная франшиза) или в процентах от страховой выплаты или суммы (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Выбор Страхователем франшизы, ее размер и порядок уплаты Страхователем или Застрахованным либо удержания Страховщиком определяется в договоре страхования. Наличие временной франшизы указывается в программе страхования.

6.3. Франшиза, за исключением временной, может быть «безусловной» и «условной». Франшиза «безусловная» предусматривает уменьшение размера страховой выплаты по каждому страховому случаю на размер установленной франшизы.

6.4. Франшиза «условная» предусматривает, что Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете размера страховой выплаты франшиза не учитывается.

6.5. Франшиза может быть установлена по договору, по программе, по одному риску или по комбинации рисков.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного Заявления Страхователя. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

7.2. Договор в письменной форме может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами — договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком на основании устного или письменного заявления на страхование.

7.3. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование, анкете Застрахованного и в письменном запросе Страховщика. Также Страхователь обязан предоставить Страховщику по его запросу информацию и документы, необходимые для оценки степени риска, принимаемого на страхование, из числа нижеуказанных:

- документы, подтверждающие прохождение медицинского обследования (в том числе по форме, требуемой Страховщиком);
- список застрахованных лиц.

В случае сообщения Страхователем заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

7.4. Договор страхования, заключенный со Страхователем — юридическим лицом, заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами — договора страхования в отношении всех Застрахованных с приложением Списка Застрахованных. При этом по требованию Страхователя Страховщик обязан выдавать страховые полисы на каждого Застрахованного.

7.5. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

7.6. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил.

7.7. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого взноса), если договором страхования не предусмотрено иное.

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало об этом известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске.

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование и в письменном запросе Страховщика.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Перерасчет страховой премии производится по следующей формуле:

$$Д = (P2 - P1) * n / m,$$

где:

Д — дополнительная страховая премия по Застрахованному, подлежащая уплате,

P1 — первоначальная страховая премия по Застрахованному,

P2 — страховая премия по Застрахованному после изменения условий договора страхования,

n — количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования,

m — количество дней, на которые заключен договор страхования.

8.3. В случае неизвещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повышающих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора, в порядке, предусмотренном главой 29 ГК РФ.

В случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии и/или изменения условий договора страхования Страховщик имеет право требовать расторжения договора.

8.4. Страховщик не имеет права требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска, уже отпали.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. **Страхователь имеет право:**

9.1.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и/или ее оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2. отказаться от договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика.

9.2. **Страхователь обязан:**

9.2.1. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, имеющую отношение к заключению и исполнению договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и возможных убытков от его наступления (страхового риска);

9.2.2. по требованию Страховщика предоставлять информацию о состоянии здоровья принимаемых на страхование лиц;

9.2.3. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.4. передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате — дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.2.5. немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и/или ее оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.3.2. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.3.3. при утрате страховых документов получить их дубликат;

9.3.4. при необходимости, в течение срока действия договора обратиться к Страховщику или уполномоченному им лицу за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

9.4. Застрахованный обязан:

9.4.1. при заключении договора по требованию Страховщика пройти обследование фактического состояния здоровья;

9.4.2. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;

9.4.3. соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.4.4. не передавать страховой полис и Программу другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.4.5. немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

9.4.6. при утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

9.4.7. при невозможности воспользоваться услугой, заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

9.5.2. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.6.2. контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи;

9.6.3. осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному, если это предусмотрено договором страхования, суммы, затраченной им на получение медицинской помощи, а также возместить стоимость приобретенных Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования или Программой;

9.6.4. выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате — дубликат.

9.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

10.1.1. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме;

10.1.2. смерти Страхователя (физического лица) не являющегося Застрахованным, если Застрахованный или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица), кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении,

разделении, выделении, преобразовании);

10.1.3. смерти Застрахованного (коллективный договор страхования в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного);

10.1.4. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.2. Страхование, обусловленное заключенным на условиях настоящих Правил договором страхования, прекращается с даты истечения срока действия договора страхования, с учетом положений п. 4.4.1. настоящих Правил.

10.3. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

10.4. При досрочном отказе Страхователя — физического лица от договора страхования:

10.4.1. в течение периода охлаждения, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика в полном объеме. В случае если после возврата страховой премии будет установлено, что до подачи заявления об отказе от договора страхования Страховщику было заявлено о событии, имеющем признаки страхового случая по Договору, то при признании события страховым Страховщик вправе осуществить выплату по нему в установленном договором страхования размере за вычетом суммы страховой премии, возвращенной Страхователю на условиях периода охлаждения.

10.4.2. Для отказа от договора страхования с условием возврата страховой премии Страхователю необходимо в течение Периода охлаждения предоставить Страховщику или уполномоченному представителю Страховщика:

- заявление об отказе от договора страхования, собственноручно подписанное Страхователем;
- договор страхования;
- копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику или уполномоченному представителю Страховщика средствами почтовой связи).

10.4.3. Заявление об отказе от договора страхования может быть предоставлено Страхователем путем его вручения Страховщику (при обращении Страхователя в офис Страховщика или в офис уполномоченного представителя Страховщика), а также путем его отправки через организацию почтовой связи.

10.4.4. Договор страхования прекращает свое действие:

- с даты получения Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, поданного непосредственно в офис Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

- с даты сдачи Страхователем письменного заявления об отказе от договора страхования в организацию почтовой связи на отправку в адрес Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

10.4.5. Возврат Страховщиком (уполномоченным представителем Страховщика) страховой премии при отказе Страхователя от договора страхования в период охлаждения осуществляется не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования с указанным пакетом документов.

10.4.6. При отказе Страхователя — физического лица от договора страхования по истечении Периода охлаждения досрочное прекращение договора страхования осуществляется в соответствии с требованиями ст. 958 ГК РФ, за исключением случая, указанного в п. 10.6., настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования.

10.5. Если договором страхования предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя — физического лица после истечения периода охлаждения, то Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования. Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с даты начала действия договора страхования и/или в случае, если по расторгаемому договору произ-

ведена страховая выплата или Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) заявлен страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.6. Договор прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.7. Договор может быть прекращен досрочно по соглашению сторон. При расторжении договора по соглашению сторон Страховщик осуществляет возврат части полученной страховой премии за не истекший оплаченный период, если иное не предусмотрено договором страхования или соглашением сторон.

10.8. Если по договору с валютным эквивалентом происходит возврат страховой премии (всей или ее части) (по причине признания договора не состоявшимся, досрочного прекращения и т.д.), возврат страховой премии (или ее части) осуществляется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для соответствующей валюты на дату уплаты Страхователем страховой премии/страховых взносов, подлежащих возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата — денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

11.2. Страховая выплата осуществляется в порядке, сроки и на основании документов, определенных договором страхования и/или конкретной Программой.

11.3. Для получения предусмотренной Программой/договором страхования медицинской помощи (медицинских и иных услуг), лекарственных средств Застрахованный обращается в медицинскую или иную организацию, предусмотренную Программой/договором страхования. В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинские, аптечные или иные организации по предоставленным ими счетам на основании страхового акта. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству в размере стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки.

11.4. Для получения предусмотренной Программой помощи Застрахованный может с предварительного письменного согласия Страховщика обратиться в любую медицинскую, аптечную или иную организацию и самостоятельно оплатить стоимость медицинской помощи, а также приобрести санаторно-курортную путевку непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства для получения санаторно-курортного лечения, в случае если указанный порядок предусмотрен договором страхования.

11.4.1. В случае, предусмотренном п. 11.4. настоящих Правил, страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем возмещения Застрахованному в денежной форме произведенных расходов на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения или санаторно-курортной путевки) на основании предъявленных документов, подтверждающих произведенные расходы согласно п. 9.6.3. настоящих Правил. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

11.4.2. Для получения страховой выплаты в порядке, предусмотренном п. 11.4.1. настоящих правил, Застрахованный в течение 30 (тридцати) дней или в течение иного срока, указанного в договоре страхования, со дня получения письменного согласия Страховщика на данный порядок возмещения, передает Страховщику заявление о страховой выплате в денежной форме с приложением следующих документов:

- оригинал договора страхования (полиса);

- документ, удостоверяющий личность Застрахованного (при необходимости заграничный паспорт с отметкой о пересечении границы);
- оригинал справки-счета из медицинского учреждения (на фирменном бланке или с соответствующим штампом) с указанием фамилии пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, продолжительности лечения, перечнем оказанных услуг с разбивкой по датам и стоимости, итоговой суммы к оплате; фамилии врача, оказавшего медицинские услуги;
- оригиналы выписанных врачом в связи с данным заболеванием рецептов со штампом аптеки об оплате и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента;
- документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, слип, чек, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы).

11.4.3. Документы, представленные в качестве основания для страховой выплаты, составленные на иностранном языке, должны быть представлены с приложением нотариально заверенного перевода. Перевод может быть организован Страховщиком, в этом случае стоимость расходов на перевод и его нотариальное заверение вычитается из суммы страховой выплаты.

11.4.4. Если при рассмотрении заявления о наступлении страхового случая выявится объективная необходимость выяснения дополнительных обстоятельств о причинах наступления события, размере убытка, а также причастности к нему третьих сторон, Страховщик имеет право требования документов, касающихся таких обстоятельств (в т.ч. с целью верификации поставленного диагноза) у Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя).

11.4.5. Страховщик при необходимости запрашивает сведения, связанные с заявленным событием, имеющим признаки страхового случая, в медицинских и иных учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая и провести экспертизу объема оказанных услуг.

11.4.6. Страховщик вправе потребовать предъявления оригинала или нотариальной копии любого документа.

11.4.7. Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные с заявленным событием, имеющим признаки страхового случая, у правоохранительных органов и других учреждений и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства заявленного события, имеющего признаки страхового случая, и провести экспертизу объема оказанных услуг.

11.4.8. По результатам рассмотрения заявления Застрахованного с приложением необходимых документов (при необходимости — проведенного расследования), Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо о направлении мотивированного отказа в выплате. Составление страхового акта и страховая выплата либо направление письменного мотивированного отказа в страховой выплате/уведомления об освобождении от страховой выплаты производится в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех необходимых документов.

11.5. При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

11.6. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

11.6.1. за отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские услуги, а также иные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинских услуг;

11.6.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которых могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, оказываемые Застрахованному;

11.6.3. по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

11.6.4. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинской организацией Застрахованному в течение определенного периода времени;

11.6.5. иных методов, предложенных медицинскими и иными организациями.

11.7. При страховании с валютным эквивалентом страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату страховой выплаты или иную дату, предусмотренную договором страхования.

11.7.1. При этом применяется следующий порядок определения убытков:

- если страховая выплата определяется в российских рублях, то выплаты производятся в рублях. При этом если договор заключен с агрегатной страховой суммой, то он продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой произведенной страховой выплаты, пересчитанной в валюту, в которой определена страховая сумма, по валютному курсу, установленному Центральным банком РФ на дату, установленную согласно п. 11.7. настоящих Правил;

- если причиненный ущерб определяется в валюте, в которой установлена страховая сумма, то выплаты производятся в рублях в соответствии с п. 11.7. настоящих Правил. При этом если договор заключен с агрегатной страховой суммой, то он продолжает действовать в размере разницы между страховой суммой и суммой произведенной страховой выплаты в валютном эквиваленте.

11.8. Если Программой/договором страхования предусмотрено оказание медицинской помощи (медицинских и иных услуг) за рубежом, страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для соответствующей валюты на дату оплаты медицинских и иных услуг Страховщиком, если иное не предусмотрено договором страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются в порядке, установленном законодательством РФ.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

13.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

14. ПРИЛОЖЕНИЯ:

- Приложение № 1 — Программы добровольного медицинского страхования;
- Приложение № 2 — Форма заявления на добровольное медицинское страхование;
- Приложение № 3 — Форма договора страхования с юридическим лицом;
- Приложение № 4 — Форма полиса страхования с физическим лицом;
- Приложение № 5 — Размеры базовых тарифных ставок.

ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Программа добровольного медицинского страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»²

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, профилактики заболеваний.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях амбулаторно-поликлинические услуги³.

1.1.1. Консультативные приемы врачей:

аллерголог	иммунолог	психиатр
анестезиолог	кардиолог	психотерапевт
ангиолог	челюстно-лицевой хирург	пульмонолог
аритмолог	маммолог	ревматолог
врач общей практики	мануальный терапевт	рентгенолог
артролог	миколог	рефлексотерапевт
врач ЛФК	невролог	терапевт
вертебролог	нейрохирург	травматолог
гастроэнтеролог	нефролог	эндокринолог
гематолог	онколог	трихолог
генетик	ортопед	уролог
гепатолог	оториноларинголог	физиотерапевт
геронтолог (гериатр)	офтальмолог	фтизиатр/фтизиопульмонолог
гинеколог	паразитолог	флеболог
дерматовенеролог	проктолог	фониатр
диетолог	психоневролог	хирург
инфекционист и другие		

Лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические, серологические, гистологические, аллергологические, скарификационные пробы, коагулологические, исследование онкомаркеров; исследования методом ПЦР, в том числе исследования на инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; исследования на дисбактериоз.

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

³ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования.

Инструментальные исследования:

- функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), реовазография (РВГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), фонокардиография, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил-тест), электронейромиография;
- ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая доплерография, в т.ч. с цветным картированием;
- рентгенологические исследования, в том числе с применением болюсного контрастирования: маммография, компьютерная томография, мультиспиральная томография;
- позитронно-эмиссионная томография, магнитно-резонансная томография;
- эндоскопические исследования диагностические и лечебные: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия, в том числе, под медикаментозной седацией;
- радиоизотопные исследования: сцинтиграфия.

Физиотерапевтическое лечение (в отделении физиотерапии и на приеме у врача-специалиста): лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, фототерапия, ультразвуковая терапия, фонофорез, теплотечение, ингаляции.

- Лечебная физкультура, классический лечебный массаж, классическая корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия.
- Промывание лакун миндалин при хроническом тонзиллите.
- Экстренная круглосуточная травматологическая помощь.

Лечебные манипуляции: инъекции (подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные струйные, внутрисуставные, парабубльбарные; внутривенные капельные (при наличии в программе плановой стационарной помощи)); проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях при наличии в программе плановой стационарной помощи; аллергенспецифическая иммунная терапия (АСИТ), аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования.

Предгоспитальная подготовка — при наличии в программе плановой стационарной помощи.

1.1.2. Экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности.

1.1.3. Выдача медицинской документации: выписки из амбулаторной карты, справки, справки в бассейн, санаторно-курортные карты, справки в ГИБДД, на хранение оружия, в образовательные учреждения и пр., рецепты, за исключением льготных; справки для спортивных мероприятий.

1.1.4. Иммунопрофилактика при травме и укусе животным: введение противостолбнячной и антирабической вакцины.

1.1.5. Сезонная иммунопрофилактика гриппа отечественными и/или импортными вакцинами по эпидемическим показаниям; вакцинация против кори, клещевого энцефалита по эпидемическим показаниям.

1.1.6. Наблюдение беременности сроком до 8 недель.

1.1.7. Диагностика и лечение сахарного диабета.

1.1.8. Лечение инфекций, передающихся преимущественно половым путем.

1.1.9. Профилактические мероприятия, связанные с ранней диагностикой заболеваний, в т.ч. связанных с профессиональной⁴ деятельностью Застрахованного, диспансеризация.

1.1.10. Стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар) при наличии в программе стационарной помощи.

ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает консультативно-диагностические мероприятия в НИИ и специализированных центрах при наличии у застрахованного направления из лечебного учреждения по варианту страхования и по согласованию со Страховщиком.

⁴ В соответствии с объемом услуг по Приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н (ред. от 05.12.2014) «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

2. Программа добровольного медицинского страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь для детей»⁵

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания, хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, профилактики заболеваний.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях амбулаторно-поликлинические услуги⁶.

1.1.1. Консультативные приемы врачей:

аллерголог	иммунолог	психиатр
анестезиолог	кардиолог	психотерапевт
ангиолог	челюстно-лицевой хирург	пульмонолог
аритмолог	маммолог	ревматолог
врач общей практики	мануальный терапевт	рентгенолог
артролог	миколог	рефлексотерапевт
врач ЛФК	невролог	педиатр
вертебролог	нейрохирург	травматолог
гастроэнтеролог	нефролог	эндокринолог (детский)
гематолог	онколог	трихолог
генетик	ортопед	уролог (детский)
гепатолог	оториноларинголог	физиотерапевт
геронтолог (гериатр)	офтальмолог	фтизиатр/фтизиопульмонолог
гинеколог (детский)	паразитолог	флеболог
дерматовенеролог	проктолог	фониатр
диетолог	психоневролог	хирург (детский)
инфекционист и другие		

Лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические и серологические, аллергологические, скарификационные пробы, коагулологические, гистологические, исследования онкомаркеров и др.; исследования методом ПЦР, в том числе, исследования на инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; исследования на дисбактериоз.

Инструментальные исследования:

- функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕЭГ), реовазография (РВГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), фонокардиография, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил-тест), электронейромиография;

⁵ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

⁶ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования.

- ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая доплерография, в т.ч. с цветным картированием;
- рентгенологические исследования, в том числе с применением болюсного контрастирования: маммография, компьютерная томография, мультиспиральная томография;
- позитронно-эмиссионная томография; магнитно-резонансная томография;
- эндоскопические исследования диагностические и лечебные: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия, в том числе, под медикаментозной седацией;
- радиоизотопные исследования: сцинтиграфия.

Физиотерапевтическое лечение (в отделении физиотерапии и на приеме у врача-специалиста): лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, фототерапия, ультразвуковая терапия, фонофорез, теплотечение, ингаляции.

- Лечебная физкультура, классический лечебный массаж, классическая корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия.
- Промывание лакун миндалин при хроническом тонзиллите.
- Экстренная круглосуточная травматологическая помощь.

Лечебные манипуляции: инъекции: подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные струйные, внутрисуставные, парабульбарные; внутривенные капельные (при наличии в программе плановой стационарной помощи); проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях при наличии в программе плановой стационарной помощи; аллергенспецифическая иммунная терапия (АСИТ), аппаратные методы лечения с использованием радиоволнового, лазерного и ультразвукового оборудования.

Предгоспитальная подготовка — при наличии в программе плановой стационарной помощи.

1.1.2. Профилактические осмотры врачом-педиатром и врачами-специалистами здорового ребенка на дому или в амбулаторно-поликлиническом учреждении в соответствии с требованиями нормативных документов.

1.1.3. Организация иммунопрофилактики инфекционных заболеваний отечественными и/или импортными вакцинами в соответствии с Национальным календарем прививок в амбулаторно-поликлиническом учреждении или на дому. Иммунопрофилактика туберкулеза и постановка туберкулиновых проб проводится только в условиях поликлиники.

1.1.4. Экспертиза трудоспособности, выдача листов нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.

1.1.5. Выдача медицинской документации: выписок из амбулаторной карты, справок, в том числе Медицинской карты для образовательного учреждения формы 026-У, справок для поступления в ВУЗ, справок в бассейн, рецептов (за исключением льготных), справок для спортивных секций и кружков.

1.1.6. Иммунопрофилактика при травме и укусе животным: введение противостолбнячной и антирабической вакцины.

1.1.7. Сезонная иммунопрофилактика гриппа отечественными и/или импортными вакцинами по эпидемическим показаниям; вакцинация против клещевого энцефалита по эпидемическим показаниям.

1.1.8. Диагностика и лечение сахарного диабета.

1.1.9. Стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар) при наличии в программе стационарной помощи.

ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает консультативно-диагностические мероприятия в НИИ и специализированных центрах при наличии у Застрахованного направления из лечебного учреждения по варианту страхования и по согласованию со Страховщиком или Застрахованным.

3. Программа добровольного медицинского страхования «Помощь на дому»⁷

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг на дому при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания, хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения) и отравления.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях услуги:

- Оказание медицинской помощи врачом-терапевтом/врачом общей врачебной практики (семейной медицины) или врачами других специальностей;
- Снятие ЭКГ при наличии медицинских показаний при невозможности посещения Застрахованным медицинского учреждения;
- Забор биоматериала для лабораторных исследований по медицинским показаниям при острых инфекционных заболеваниях по назначению врача при невозможности посещения Застрахованным медицинского учреждения;
- Экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности.

⁷ Помощь на дому оказывается Застрахованному, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинскую организацию и нуждается в наблюдении врача. Радиус оказания помощи на дому определяется вариантом страхования. Услуга оказывается при наличии ее в ЛПУ и варианте страхования.

4. Программа добровольного медицинского страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь комплексная»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному комплексного объема амбулаторно-поликлинических услуг медицинского учреждения при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания, хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, профилактики заболеваний.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях следующие амбулаторно-поликлинические услуги⁸.

1.1.1. Диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации врачей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапевтическое лечение, массаж, ЛФК;
- стоматологическое лечение;
- оказание медицинской помощи на дому.

1.1.2. Экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности.

1.1.3. Услуги скорой и неотложной медицинской помощи, если медицинское учреждение располагает собственной службой скорой и неотложной медицинской помощи и если эти услуги входят в комплексный объем амбулаторно-поликлинических услуг.

⁸ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в рамках комплексного объема амбулаторно-поликлинических услуг медицинского учреждения.

5. Программа добровольного медицинского страхования «Стоматология»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические услуги специализированного стоматологического медицинского учреждения (стоматологического отделения поликлиники), предоставляемые Застрахованному при наступлении страхового случая в результате: заболеваний зубов и ротовой полости (кариесе и его осложнениях — пульпите и периодонтите), некариозных поражениях эмали, заболеваниях пародонта, заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области, заболеваниях слюнных желез.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги.

Терапевтическая стоматология, в т.ч.:

- прием и консультации врачей-стоматологов, терапевта, пародонтолога;
- лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса;
- лечение пульпита и периодонтита: наложение девитализирующей пасты; распломбировка корневых каналов; механическая и медикаментозная обработка корневых каналов; временное пломбирование корневых каналов; пломбирование корневых каналов с использованием паст, гуттаперчевых штифтов и термофилов; постановка временной пломбы; постановка постоянной пломбы световой или химической полимеризации при разрушении коронковой части зуба не более 50%;
- лечение заболеваний нервов челюстно-лицевой области;
- терапевтическое лечение болезней тканей пародонта, в том числе аппаратом Вектор; обработка пародонтальных карманов, закрытый кюретаж; наложение лечебных повязок, пленок, аппликация лекарственных препаратов;
- лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка (стоматит, гингивит): наложение лечебных повязок, пленок, аппликация лекарственных препаратов;
- удаление твердых зубных отложений; покрытие зубов фторсодержащими препаратами, удаление мягких зубных отложений и пигментированных налетов, в том числе, методом Air Flow.

Хирургическая стоматология, в т.ч.:

- прием и консультации врачей-стоматологов хирургов;
- хирургическое лечение болезней тканей пародонта;
- лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
- лечение повреждений челюстно-лицевой области;
- лечение заболеваний слюнных желез;
- удаление зубов простое, сложное, удаление ретенированных и дистопированных зубов;
- разрезы при периоститах, вскрытие абсцессов, иссечение капюшона при перикоронарите;
- лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области.

Объем услуг: восстановление коронковой части зуба; протезирование зубов в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, исключая применение металлокерамики и драгоценных металлов, при наличии документов, подтверждающих травму; физиотерапевтическое лечение; рентгеновская и радиовизиографическая диагностика; местная анестезия — инфильтрационная, интралигаментарная, аппликационная. Организация экстренной стоматологической помощи в ночное время, включая транспортировку в медицинское учреждение.

6. Программа добровольного медицинского страхования «Плановая и экстренная стационарная помощь»⁹

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает медицинские услуги стационара, предоставляемые Застрахованному при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания (состояния), обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения) и отравления.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. Госпитализация по плановым показаниям осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует лечения в условиях стационара, но не предусматривает экстренных медицинских мероприятий.

ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги стационара.¹⁰

1.1.1. Консультации и наблюдение врачей следующих специальностей: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология, аллергология и иммунология, анестезиология и реаниматология, гастроэнтерология, гематология, дерматовенерология, инфекционные болезни, кардиология, колопроктология, лечебная физкультура, мануальная терапия, неврология, нейрохирургия, нефрология, онкология, оториноларингология, офтальмология, паразитология, пульмонология, радиология, ревматология, рентгенология, рефлексотерапия, сердечно-сосудистая хирургия, стоматология, терапия, токсикология, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, трансфузиология, ультразвуковая диагностика, урология, физиотерапия, функциональная диагностика, хирургия, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, эндоскопия;

- лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические, серологические, гистологические, микробиологические, аллергологические, коагулологические, исследование онкомаркеров и др.; исследования методом ПЦР;
- инструментальные исследования:
- функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), реовазография (РВГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), фонокардиография, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочные пробы (велозерометрия, тредмил-тест), электронейромиография;
- ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), стресс ЭхоКГ; сосудистая доплерография, в т.ч. с цветным картированием;
- рентгенологические исследования, в том числе, с применением болюсного контрастирования: маммография, компьютерная томография, мультиспиральная томография; ангиография;
- позитронно-эмиссионная томография; магнитно-резонансная томография;
- эндоскопические исследования диагностические и лечебные: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия;
- радиоизотопные исследования: скintiграфия;
- физиотерапевтическое лечение: лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия,

⁹ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному стационарной помощи на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

¹⁰ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из настоящей программы.

фототерапия, ультразвуковая терапия, фонофорез, ингаляции; классический массаж, классическая иглорефлексотерапия, мануальная терапия, ЛФК;

- консервативное и хирургическое лечение, в том числе эндоскопическим доступом;
- лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие, необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате повышенной комфортности, питание и уход медицинского персонала; пребывание с застрахованным ребенком в стационаре одного родственника;
- медицинские услуги дневного стационара, стационара одного дня;
- экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности;
- оформление медицинской документации: выписок из истории болезни, рецептов, за исключением льготных, справок;
- лечение патологии беременности (в том числе прерывание беременности по медицинским показаниям) при сроке до 8 недель.

7. Программа добровольного медицинского страхования «Экстренная стационарная помощь»¹¹

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в условиях стационара при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания (состояния), обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения) и отравления.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги¹².

1.1.2. Услуги стационара:

- консультации и наблюдение врачей следующих специальностей: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии;
- лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические, серологические, гистологические, микробиологические, аллергологические, коагулологические, исследование онкомаркеров и др.; исследования методом ПЦР;
- функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), рэоэнцефалография (РЭГ), реовазография (РВГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), фонокардиография, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочные пробы (велозергометрия, тредмил-тест), электронейромиография;
- ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), стресс ЭхоКГ; сосудистая доплерография, в т.ч. с цветным картированием;
- рентгенологические исследования, в том числе, с применением болюсного контрастирования: маммография, компьютерная томография, мультиспиральная томография; ангиография;
- позитронно-эмиссионная томография; магнитно-резонансная томография;
- эндоскопические исследования диагностические и лечебные: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия;
 - радиоизотопные исследования: скintiграфия;
- лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала;

¹¹ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному стационарной помощи на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

¹² Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования.

Правила общего добровольного медицинского страхования для корпоративных клиентов

- физиотерапевтическое лечение: лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, фототерапия, ультразвуковая терапия, фонофорез, ингаляции; классический массаж, классическая иглорефлексотерапия, мануальная терапия, ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие, необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате повышенной комфортности, питание и уход медицинского персонала; пребывание с застрахованным ребенком в стационаре одного родственника;
- экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности; оформление медицинской документации: выписки из истории болезни, рецепты, за исключением льготных, справки;
- лечение патологии беременности (в том числе прерывание беременности по медицинским показаниям) при сроке до 8 недель.

8. Программа добровольного медицинского страхования «Скорая и неотложная медицинская помощь»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному услуги скорой и неотложной медицинской помощи, предоставляемые Застрахованному при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания (состояния), обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения) и отравления. Скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги службы скорой и неотложной медицинской помощи¹³: выезд врачебной бригады, включая комплекс экстренных лечебных манипуляций, реанимационных мероприятий, необходимую экспресс-диагностику и медицинскую транспортировку в медицинское учреждение и, при наличии медицинских показаний, обратно.

¹³ Указанные услуги оказываются в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования.

9. Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному **амбулаторно-поликлинических услуг и/или** медицинских услуг стационара, осуществляемых по медицинским показаниям в медицинских учреждениях, оказывающих санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение в случаях, когда это необходимо для лечения основного и сопутствующего заболевания. Страховым случаем является **обращение за медицинской помощью в результате** хронического заболевания, последствий острого заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения) и отравления.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1 По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги¹⁴:

1.1.1. Консервативное лечение:

1.1.1.1. Приемы и консультации врачей-специалистов.

1.1.1.2. Диагностические исследования, в том числе:

- Лабораторная диагностика;
- Ультразвуковые исследования;
- Функциональная диагностика;
- Эндоскопические исследования;
- Рентгенологические исследования.

1.1.1.3. Лечебные мероприятия, в том числе:

- Физиотерапевтическое лечение (электро-, свето-, магнито-, теплолечение, лазеротерапия, водолечение, бальнеотерапия, грязелечение, баротерапия и др. не являющиеся исключениями из программы страхования);
- Массаж, мануальная терапия, лечебная физкультура;
- Лечение природными лечебными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, подводное вытяжение и др. не являющиеся исключениями из программы страхования);
- Нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия, гирудотерапия, апитерапия, ароматерапия, су-джок-терапия, гомеопатическое лечение, точечный массаж, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, электропунктура и др. не являющиеся исключениями из программы страхования);
- Диетическое питание.

1.1.2. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.1.3. Пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала.

¹⁴ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования.

10. Программа добровольного медицинского страхования «Личный врач»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при наступлении страхового случая в результате: острого или хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, профилактики заболеваний.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги.

1.1.1. Услуги личного врача и среднего медицинского персонала медицинской компании, указанной в Приложении к договору страхования.

Консультации и другие профессиональные услуги, включая экспертизу временной нетрудоспособности:

- оказание медицинской помощи на дому в пределах административной границы населенного пункта в соответствии с графиком работы личного врача;
- оказание медицинской помощи в поликлинике;
- консультативная помощь врача по телефону;
- сопровождение Застрахованного, по медицинским показаниям, при проведении исследований и консультаций в медицинском учреждении;
- посещение, при необходимости, Застрахованного в стационаре и контроль за ходом стационарного лечения;
- снятие ЭКГ на дому (по месту работы) по медицинским показаниям; расшифровка ЭКГ;
- выполнение назначений личного врача средним медицинским персоналом на дому (инъекции, банки и т.д.) по медицинским показаниям;
- забор материалов для анализов на дому по медицинским показаниям;
- посещение, при необходимости, Застрахованного личным врачом на дому после выезда скорой и неотложной медицинской помощи, если выезд не закончился госпитализацией;
- организация необходимых амбулаторно-поликлинических услуг (за исключением стоматологических) в медицинских учреждениях, указанных в Приложении к договору страхования.

1.2. Амбулаторно-поликлинические услуги:

1.2.1. Диагностические и лечебные, включая:

- консультации врачей различных специальностей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапевтическое лечение;
- массаж, акупунктура, мануальная терапия, ЛФК.

1.2.2. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.2.3. Перечень входящих в настоящую программу услуг и кратность их предоставления согласовываются Страховщиком и Страхователем и указываются в договоре страхования.

1.2.4. Порядок оказания медицинских услуг осуществляется в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, и графиком работы базовых медицинских учреждений.

11. Программа добровольного медицинского страхования «Врач офиса»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при наступлении страхового случая в результате: острого или хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, и с профилактической целью.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги.

Услуги врача офиса:

- консультативные приемы с целью динамического наблюдения и лечения;
- выявление факторов риска, снижения их влияния на здоровье Застрахованных;
- неотложная помощь при острых заболеваниях/состояниях и травмах;
- вызов к Застрахованному бригады скорой и неотложной медицинской помощи;
- организация госпитализации Застрахованного по медицинским показаниям;
- оформление и выдача медицинской документации: справок, рецептов, кроме льготных, направлений;
- организация консультаций врачей-специалистов и исследований в базовом медицинском учреждении (в соответствии с программой добровольного медицинского страхования);
- обеспечение страхователя медикаментами, контроль использования, пополнение их в случае необходимости;
- посещение врачом офиса Застрахованного при лечении в стационаре и контроль за ходом лечения;
- помощь на дому Застрахованному в случаях, когда по состоянию здоровья, характеру заболевания Застрахованный не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача;
- предрейсовые осмотры водителей (медицинский осмотр водителей перед выходом в рейс) в объеме: сбор анамнеза; измерение температуры тела; измерение пульса и артериального давления; измерение содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе; ведение медицинской документации.

1.1.1. Перечень входящих в настоящую программу страхования услуг и кратность их предоставления согласовываются Страховщиком и Страхователем и указываются в договоре страхования.

1.1.2. Порядок и сроки оказания медицинских услуг осуществляется в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования и графиком работы базовых медицинских учреждений.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 1-11

1. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений (Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-10)):

1.1. Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в т.ч. новообразования кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения), объемные образования головного и спинного мозга и их осложнения (после постановки диагноза).

1.2. Врожденные и наследственные заболевания, в т.ч. заболевания крови и кроветворных органов, а также врожденные аномалии развития органов, генетические заболевания, и их осложнения.

1.3. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, кроме случаев, предусмотренных настоящей программой страхования, ВИЧ-инфекция и ее осложнения.

1.4. Психические расстройства и расстройства поведения, психоневротические расстройства, эпилепсия, а также травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения.

1.5. Алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения.

1.6. Туберкулез.

1.7. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, в том числе требующая проведения экстракорпоральных методов лечения.

1.8. Муковисцидоз, амилоидоз, саркоидоз.

1.9. Острая и хроническая лучевая болезнь.

1.10. Профессиональные заболевания.

1.11. Особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа, туляремия, желтая лихорадка и другие высококонтагиозные геморрагические лихорадки.

1.12. Хронические вирусные гепатиты: С, D, E и др.

2. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.

2.2. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности при сроке свыше 8 недель, услуги, связанные с протеканием беременности, родовспоможение.

2.3. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения.

2.4. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения.

2.5. Хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, в том числе, восстановление зрительных функций при амблиопии и косоглазии, аппаратно-программный комплекс с модулем "Пульс" (игровой приставкой) для лечения методом «БОС-БОСПУЛЬС» и другие методы.

2.6. В стоматологии: лечение зубов, покрытых ортопедическими конструкциями; зубопротезирование и подготовка к нему, включая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб с косметической или профилактической целью, имплантация, косметология в стоматологии (отбеливание зубов); ортодонтия.

2.7. Протезирование всех видов.

2.8. Пластические операции с целью улучшения психологического состояния Застрахованного.

2.9. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).

- 2.10. Пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.
 - 2.11. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку.
 - 2.12. Услуги сурдолога, андролога, гомеопата, косметолога, психоаналитика, сексопатолога, сомнолога, фонопеда, врача традиционной медицины.
 - 2.13. Диагностика и лечение ронхопатии (храпа) и апноэ во сне.
 - 2.14. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, организованной в течение периода действия договора страхования — до момента выписки его из стационара.
 - 2.15. Медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при отсутствии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи.
 - 2.16. Галокамера, озонотерапия, тренажеры, солярий, грязелечение, бассейн, сауна, мониторинговая очистка кишечника.
3. Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание из числа указанных в п. 1 Исключений из страхового покрытия, а также при первичном выявлении названных заболеваний ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.
4. В дальнейшем ООО СК «ВТБ Страхование» имеет право прекратить договор страхования в отношении такого Застрахованного или включить в программу на особых условиях, согласованных со Страховщиком.
5. Лицо, в отношении которого договор страхования прекращен согласно п. 4 настоящих Исключений, не может быть застраховано в дальнейшем, кроме случаев предоставления этим лицом в ООО СК «ВТБ Страхование» документов, подтверждающих, что обстоятельства, препятствующие страхованию указанного лица, отпали.

12. Программа добровольного медицинского страхования «Клещевой энцефалит — 1»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» предоставляет и оплачивает услуги и расходы по иммунопрофилактике клещевого энцефалита (вакцинации), и дальнейшему амбулаторному обследованию и лечению вакцинированных Застрахованных в случае укуса их клещом.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Проведение вакцинации (ревакцинации) от клещевого энцефалита по эпидемическим показаниям и в соответствии с утвержденной схемой введения вакцины, с предварительным медицинским осмотром Застрахованного.

В случае укуса клеща:

- консультация врача, удаление клеща в асептических условиях;
- исследование клеща на зараженность вирусом клещевого энцефалита в течение первых суток после укуса (удаления);
- профилактическое введение иммуноглобулина против клещевого энцефалита в установленные стандартами сроки, но не позднее 72 часов с момента укуса.

В случае заболевания клещевым энцефалитом или болезнью Лайма (боррелиозом), наступившим в течение периода действия договора: стационарное лечение Застрахованного с медицинским обеспечением по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений (Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-10)):

2.1.1. Заболеваний и травм, кроме заболеваний, предусмотренных настоящей программой.

2.1.2. Клещевого энцефалита в случае заболевания Застрахованного после несвоевременной вакцинации (ревакцинации) и (или) иммунизации.

2.1.3. Гнойно-септические осложнения в связи с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.

2.1.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными и бактериальными инфекциями.

2.2. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

2.2.1. Медицинские и иные услуги сверх объема, предусмотренного настоящей программой.

2.2.2. Профилактическое введение иммуноглобулина против клещевого энцефалита при обращении Застрахованного в срок более 72 часов от момента укуса клещом.

2.2.3. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний; услуги, лекарственных препараты, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры.

2.2.4. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, организованной в течение периода действия договора страхования — до момента выписки его из стационара.

13. Программа добровольного медицинского страхования «Клещевой энцефалит — 2»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» предоставляет и оплачивает услуги и расходы по профилактике клещевого энцефалита путем проведения экстренной иммунизации в случае укуса клещом (в том числе и повторного), при заболевании - медикаментозное обеспечение лечения клещевого энцефалита Застрахованных.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ:

- организация консультации врача и медицинской помощи в случае укуса клещом или появления признаков заболевания;
- удаление клеща в асептических условиях;
- проведение экстренной профилактической иммунизации иммуноглобулином против клещевого энцефалита в установленные стандартами сроки в течение всего периода действия страхового полиса, при повторном укусе клещом — не ранее 6 недель после предыдущей иммунизации;
- при заболевании клещевым энцефалитом или болезнью Лайма (боррелиозом)- стационарное лечение Застрахованного с медицинским обеспечением по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений (Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-10)):

2.1.1. Заболеваний и травм, кроме заболеваний, предусмотренных настоящей программой.

2.1.2. Клещевого энцефалита в случае заболевания Застрахованного при отсутствии экстренной профилактической иммунизации иммуноглобулином против клещевого энцефалита или после несвоевременной вакцинации (ревакцинации) и (или) иммунизации.

2.1.3. Гнойно-септические осложнения в связи с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.

2.1.4. Заболевания центральной нервной системы, вызванные другими вирусными и бактериальными инфекциями.

2.2. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

2.2.1. Медицинские и иные услуги сверх объема, предусмотренного настоящей программой.

2.2.2. Профилактическое введение иммуноглобулина против клещевого энцефалита при обращении Застрахованного в срок более 72 часов от момента укуса клещом.

2.2.3. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний; услуги, лекарственные препараты, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры.

2.2.4. Услуги в медицинском учреждении, не предусмотренном настоящей программой, и (или) в сроки, не предусмотренные Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

2.2.5. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, организованной в течение периода действия договора страхования — до момента выписки его из стационара.

14. Программа добровольного медицинского страхования «Дородовое наблюдение беременных женщин»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованной комплекса амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, связанных с наблюдением по поводу беременности.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги в срок от 8 недель беременности до родов в объеме и в сроки в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»» (далее — Приказ МЗ от 01 ноября 2012 г. № 572н), в том числе следующие диагностические, лечебные и профилактические услуги, включая:

- консультации врача-акушера-гинеколога;
- консультации врача-терапевта;
- консультации врача-стоматолога;
- консультации врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога;
- консультации других врачей-специалистов — по медицинским показаниям и по назначению акушера-гинеколога;
- лабораторные исследования, в т.ч. исследование крови на резус-фактор, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, гемосиндром, клинический анализ крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, исследование крови на цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, анализ влагалищного отделяемого на флору, а также на хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз; определение уровней ХГЧ, АФП и ПАПП-А в крови с целью диагностики врожденной и наследственной патологии плода;
- инструментальные исследования: скрининговое ультразвуковое исследование (УЗИ), доплерометрия, кардиомониторный контроль за состоянием плода и др.;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление медицинской документации (обменной карты, выписки из амбулаторной карты, справок, рецептов и т.д.).

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает оказание застрахованной следующих медицинских услуг:

- 2.1.1. Услуги, не связанные с ведением нормально протекающей беременности;
- 2.1.2. Услуги, не предусмотренные Приказом МЗ от 01 ноября 2012 г. № 572н;
- 2.1.3. Услуги, проводимые без медицинских показаний;
- 2.1.4. Медицинские услуги в стационаре одного дня, в том числе, услуги по прерыванию беременности;
- 2.1.5. Медицинские услуги, связанные с патологией (отклонением от нормального течения) беременности;
- 2.1.6. Многоплодная беременность;
- 2.1.7. Беременность, наступившая в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и др.);
- 2.1.8. Медицинские услуги, связанные с диагностикой и лечением сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, независимо от стадии (острая, хроническая, ремиссия);
- 2.1.9. Медицинские услуги при наличии у застрахованной сопутствующих экстрагенитальных заболеваний: заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные

пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия); тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности; заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности; диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром; заболевания почек, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии; заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени); эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность); заболевания органов зрения (миопия высокой степени, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома); заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железodefицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови); заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов); миастения; злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации; сосудистые мальформации, аневризмы сосудов; перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза и пр.;

2.1.10. Медицинские услуги при наличии отягощенного акушерского анамнеза (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, операции на матке и придатках, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов и т.д.);

2.1.11. Медицинские услуги при наличии в анамнезе акушерских осложнений (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и ABO изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков);

2.1.12. Медицинские услуги, проводимые в связи с пренатально диагностированными врожденными аномалиями (пороками развития) у плода, патология у плода;

2.1.13. Расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов, медицинского оборудования, корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку;

2.1.14. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания периода действия договора страхования;

2.1.15. При выявлении у застрахованной патологии беременности и экстрагенитальных заболеваний, указанных в пунктах 2.1.6., 2.1.7., 2.1.9., 2.1.10., 2.1.11., 2.1.12. настоящих исключений, Страховщик имеет право снять Застрахованного со страхования.

15. Программа добровольного медицинского страхования «Акушерская помощь»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованной комплекса медицинских услуг в стационаре, связанных с родовспоможением с момента начала родовой деятельности при самопроизвольной одноплодной беременности.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги.

1.1.1. Услуги службы скорой и неотложной медицинской помощи:

- выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи;
- медицинская перевозка Застрахованной в медицинское учреждение.

1.1.2. Услуги стационара в объеме в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»:

- пребывание в одно- или двухместной палате в соответствии с программой ДМС, питание и уход медицинского персонала;
- акушерское пособие дежурной бригадой медицинского учреждения; при необходимости оказания услуг по родовспоможению индивидуальным врачом это указывается в гарантийном письме Страховщика;
- хирургические вмешательства и манипуляции по экстренным показаниям, связанные с родами (оперативное родоразрешение путем кесарева сечения, эпизиотомия, наложение акушерских щипцов, ручное отделение последа);
- анестезиологическое пособие по медицинским показаниям;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие, необходимые для лечения средства;
- пребывание ребенка в отделении новорожденных или в палате с матерью (при отсутствии противопоказаний);
- неонатальный скрининг новорожденного;
- вакцинация новорожденного в соответствии с Национальным календарем прививок;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление медицинской документации;
- в сроке беременности 36 недель одна консультация врача акушера-гинеколога, УЗИ плода с выработкой тактики ведения родов;
- одна консультация врача акушера-гинеколога в течение 28 календарных дней от момента родов.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ СТРАХОВАНИЕ» не оплачивает оказание застрахованной следующих медицинских услуг:

2.1.1. Медицинские услуги, не связанные с родовспоможением.

2.1.2. Медицинские услуги по родовспоможению при сроке беременности менее 36 недель.

2.1.3. Медицинские услуги до начала родовой деятельности, кроме услуг, предусмотренных настоящей программой.

2.1.4. Услуги по родовспоможению при многоплодной беременности.

2.1.5. Плановое оперативное родоразрешение.

2.1.6. Услуги без медицинских показаний.

2.1.7. Услуги при выявлении у Застрахованной сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, требующих родоразрешения в специализированных стационарах, включая заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца

вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия); тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности; заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности; диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром; заболевания почек, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии; заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени); эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность); заболевания органов зрения (миопия высокой степени, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома); заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови); заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов); миастения; злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации; сосудистые мальформации, аневризмы сосудов; перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза и пр. пороках сердца с недостаточностью кровообращения, — инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, гонорея и т.п.); — гнойно-септические очаги инфекции и т.п.;

- психические расстройства (шизофрения) и т.п.;
- ВИЧ-инфекции и т.п.

2.1.8. Расходы Застрахованной на приобретение лекарственных препаратов, медицинского оборудования, корректирующих медицинских устройств и приспособлений, включая расходы на их подгонку.

2.1.9. Услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме одной консультации врача акушера-гинеколога.

2.1.10. При выявлении у застрахованной патологии беременности и экстрагенитальных заболеваний, указанных в пунктах 2.1.4., 2.1.5., 2.1.7. настоящих исключений, ЛПУ обязано в течение 3 (трех) рабочих дней в письменном виде проинформировать Страховщика.

16. Программа добровольного медицинского страхования «Медикаментозное лечение»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует предоставление аптечной организацией Застрахованному лекарственных препаратов, выписанных ему лечащим врачом при оказании амбулаторно-поликлинических услуг и/или осуществляет возмещение Застрахованному денежных средств, потраченных на приобретение таких лекарственных препаратов, при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания, обострения хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе Страховщик организует предоставление аптечной организацией Застрахованному лекарственных препаратов в перечисленных в преамбуле случаях при получении услуг, которые предусмотрены соответствующей программой добровольного медицинского страхования, и в соответствии с перечнем фармацевтических групп препаратов, приведенных в разделе 3 настоящей Программы (оплата лекарственных препаратов в таком случае производится Страховщиком в аптечное учреждение по выставленным аптечной организацией счетам) и/или осуществляет возмещение Застрахованному денежных средств, уплаченных на приобретение лекарственных препаратов в вышеуказанных случаях.

1.2. Страховая сумма, в пределах которой Застрахованный имеет возможность получения возмещения, определяется договором добровольного медицинского страхования (далее — ДМС). Размер страховой суммы уменьшается на величину выплаченного Застрахованному возмещения стоимости лекарственных препаратов (оплаченных счетов аптечной организации за лекарственные препараты). При исчерпании страховой суммы настоящая программа прекращает свое действие в отношении Застрахованного.

1.3. Возмещение стоимости осуществляется при условии назначения лекарственных препаратов врачами-специалистами закрытого перечня медицинских учреждений, перечисленных в программе «Медикаментозное лечение», входящих в вариант страхования Застрахованного.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. Застрахованный не имеет права на получение возмещения уплаченных на приобретение лекарственных препаратов денежных средств по настоящей программе в следующих случаях:

- при израсходовании страховой суммы;
- после окончания срока действия полиса Застрахованного либо до начала действия полиса Застрахованного;
- при выписке рецепта вне периода срока действия полиса ДМС;
- при предъявлении рецепта, выписанного в медицинском учреждении (далее — ЛПУ), не указанном в Программе «Медикаментозное лечение» и варианте страхования застрахованного;
- при предъявлении рецепта, не соответствующего действующим требованиям;
- при отсутствии выписки из амбулаторной карты.

2.2. В рамках данной программы ООО СК «ВТБ Страхование» не осуществляет возмещение уплаченных Застрахованным денежных средств за следующие лекарственные препараты:

- назначенные лечащим врачом по заболеваниям/состояниям, не включенным в программу добровольного медицинского страхования;
- не разрешенные к применению в РФ в установленном действующим законодательством порядке;

- отсутствующие в готовой рецептурной форме;
- биологически активные добавки (БАД);
- гомеопатические препараты;
- питательные смеси и препараты для лечебного питания;
- лечебная косметика;
- для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа;
- для лечения венерических заболеваний и инфекций, передающихся преимущественно половым путем;
- для лечения психических расстройств и расстройств поведения, алкоголизма, наркомании, токсикомании;
- для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов;
- для лечения туберкулеза;
- для лечения хронических гепатитов С, Е, F, G;
- для лечения системных поражений соединительной ткани, в т.ч. всех недифференцированных коллагенозов;
- для лечения наследственных заболеваний; врожденных аномалий, пороков развития; детского церебрального паралича;
- для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения хронического гемодиализа;
- для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях;
- для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;
- назначенные при беременности;
- для прерывания беременности;
- для профилактики заболеваний и для профилактики обострения хронических заболеваний;
- средств диагностики, включая рентгеноконтрастные препараты, аппараты для измерения артериального давления;
- изделия медицинского назначения, в т.ч. средства личной гигиены, перевязочные материалы, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты и др.;
- лекарственные препараты, которые будут использоваться при стационарном лечении Застрахованного.

3. ПЕРЕЧЕНЬ КЛИНИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ:

- сердечно-сосудистые средства;
- диуретики и препараты с диуретическим эффектом;
- средства, применяемые в неврологии;
- анальгетики;
- противовоспалительные средства;
- антибиотики;
- противомикробные средства;
- противовирусные средства;
- противопротозойные средства;
- противопаразитные средства;
- противогрибковые средства;
- средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии;
- противоаллергические средства;
- бронхо-легочные средства;
- препараты половых гормонов и препараты — антагонисты половых гормонов;
- анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги;
- кортикотропные, гонадотропные и препараты, влияющие на продукцию гормонов;
- средства, влияющие на различные виды обмена;

Правила общего добровольного медицинского страхования для корпоративных клиентов

- средства для лечения заболеваний щитовидной железы;
- средства, влияющие на гемопоз, гемостаз, гомеостаз;
- витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения;
- средства, влияющие на иммунитет;
- препараты иммуноглобулинов;
- средства, влияющие на тонус и сократительную активность миомерия;
- средства, применяемые в гинекологии;
- средства, применяемые в оториноларингологии;
- средства, применяемые в стоматологии;
- средства, применяемые в офтальмологии;
- средства, применяемые в проктологии;
- средства, применяемые в урологии;
- средства для наружного применения;
- средства, применяемые в дерматологии;
- средства с дезинфицирующим и антисептическим действием;
- средства, применяемые в микропедиатрии и педиатрии.

17. Программа добровольного медицинского страхования «Профилактика и лечение инфекционных заболеваний»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает Застрахованным следующие услуги:

- иммунопрофилактику и лечение гриппа, вирусного гепатита А и В, дифтерии, бешенства, полиомиелита, кори, краснухи, паротита, сибирской язвы, брюшного тифа, менингита, пневмонии и других заболеваний;
- лечение в медицинских учреждениях, в том числе в стационаре, в случае неэффективности профилактических мероприятий, при возникновении инфекционного заболевания после проведенной иммунопрофилактики.

Стационарная медицинская помощь может быть оказана в обычных палатах или в палатах повышенной комфортности.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений (Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-10)):

1.1. Любых заболеваний и травм, кроме заболеваний, предусмотренных настоящей программой.

2. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

2.1. Медицинские и иные услуги сверх объема, предусмотренного настоящей программой.

2.2. Услуги, оказанные в медицинском учреждении, не предусмотренном настоящей программой и не согласованном со Страховщиком.

2.3. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, организованной в течение периода действия договора страхования — до момента выписки его из стационара.

18. Программа добровольного медицинского страхования «Современные медицинские технологии»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях и/или стационаре при наступлении страхового случая в результате: одного или нескольких перечисленных ниже состояний и заболеваний:

- злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови, объемные образования центральной нервной системы;
- заболевания и состояния, требующие проведения трансплантации органов и тканей, протезирование, в том числе эндопротезирование;
- вирусный гепатит В и С;
- заболевания и состояния, требующие оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- наблюдение по поводу беременности, в том числе протекающей с патологией (отклонением от нормы);
- родовспоможение при осложненных родах, оперативное родоразрешение;
- заболевания, состояния, травмы, требующие проведения оперативного лечения или исследований с использованием расходных материалов, включая оплату расходных материалов: импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, проведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, радиочастотной абляции, других корригирующих медицинских устройств и приспособлений, рентгеноконтрастных лекарственных препаратов;
- хроническая почечная и печеночная недостаточность, в том числе требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;
- псориаз, глубокие микозы, муковисцидоз;
- системные заболевания соединительной ткани;
- нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;
- врожденные и наследственные заболевания, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденные аномалии развития органов, генетические заболевания и их осложнения;
- психические, психоневротические расстройства, расстройства поведения, эпилепсия;
- хирургическое лечение близорукости, дальнозоркости, астигматизма, косоглазия; лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии; лазерная коррекция зрения;
- зубопротезирование и подготовка к нему, имплантация, ортодонтия, хирургическое лечение заболеваний пародонта: проведение пластических и лоскутных операций; профилактика в стоматологии: запечатывание фиссур герметиком; использование термофилов, коффердама, восстановление коронковой части зуба, в том числе с применением парапульпарных и анкерных штифтов; зубосохраняющие операции;
- экстракорпоральные методы лечения: лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр., гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация;
- склеротерапия вен;
- реабилитация после перенесенного острого или обострения хронического заболевания, травмы.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:

1.1. Травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения.

1.2. Лечение заболеваний и состояний, не предусмотренных настоящей программой.

1.3. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

1.4. Туберкулеза.

1.5. Острой и хронической лучевой болезни.

1.6. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, туляремия, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки.

2. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.

2.2. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности.

2.3. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения.

2.4. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения.

2.5. Пластические операции, проводимые с эстетической целью, с целью улучшения психологического состояния Застрахованного.

2.6. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).

2.7. Пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

2.8. Расходы на медицинское оборудование: очки, контактные линзы, слуховые аппараты.

2.9. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг по программам «Экстренная стационарная помощь», «Экстренная и плановая стационарная помощь», связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования — до момента его выписки из стационара.

19. Программа добровольного медицинского страхования «МДМС-Поликлиника»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и/или оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги¹⁵, предоставляемые Застрахованному при наступлении страхового случая в результате: острого или хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, беременности.

Территория действия страхования — весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1.1. Диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации врачей различных специальностей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- медицинские услуги по ведению беременности;
- прерывание беременности;
- физиотерапевтическое лечение, массаж и ЛФК;
- традиционные методы диагностики и лечения;
- медицинские услуги дневного стационара и стационара на дому;
- вакцинация;
- лекарственные препараты и перевязочные материалы, рекомендованные лечащим врачом-специалистом;
- реабилитационно-восстановительное лечение после стационарного лечения;
- уход за новорожденным и необходимое амбулаторное лечение, оказываемые ребенку в течение первых дней жизни (в случае, если мать новорожденного является Застрахованным лицом).

1.1.2. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.1.3. Оформление различной медицинской документации.

¹⁵ Амбулаторно-поликлинические услуги могут быть оказаны только медицинским учреждением или частнопрактикующим врачом-специалистом, имеющим лицензию на оказываемые медицинские услуги, и чья практическая медицинская деятельность авторизована и регламентируется государственным органом страны, в которой проводится соответствующее лечение.

20. Программа добровольного медицинского страхования «МДМС-Стоматология»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и/или оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги специализированного стоматологического медицинского учреждения (стоматологического отделения поликлиники) или частнопрактикующего врача-стоматолога¹⁶, предоставляемые застрахованному при наступлении страхового случая в результате: кариеса и его осложнений — пульпита и периодонтита, заболеваний пародонта, заболеваний слюнных желез, заболеваний и травм челюстно-лицевой области, зубочелюстных аномалий, некариозных поражений зубов.

Территория действия страхования — весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги, в том числе:

1.1.1. Терапевтическое лечение зубов.

1.1.2. Хирургическое лечение зубов.

1.1.3. Ортодонтическое и ортопедическое лечение, включая имплантацию зубов.

1.1.4. Оказание амбулаторной медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области.

¹⁶ Специалист, имеющий лицензию на оказываемые услуги в области стоматологии, и чья практическая медицинская деятельность авторизована и регламентируется государственным органом страны, в которой проводится стоматологическое лечение.

21. Программа добровольного медицинского страхования «МДМС — Стационарная помощь»

По настоящей программе¹⁷ ООО СК «ВТБ Страхование» организует и/или оплачивает услуги скорой медицинской помощи и медицинские услуги стационара¹⁸ (в том числе по родовспоможению) при плановой и экстренной госпитализации, предоставляемые застрахованному при наступлении страхового случая в результате: острого или хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, родов.

Скорая медицинская помощь, включая медицинскую транспортировку с использованием санитарной авиации, на территории страны пребывания предоставляется Застрахованному по медицинским показаниям в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Госпитализация по плановым показаниям осуществляется при состоянии здоровья, которое требует лечения в условиях стационара, но не предусматривает экстренных медицинских мероприятий.

ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

Территория действия страхования — весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие услуги:

1.1.1. Услуги службы скорой медицинской помощи:

1.1.1.1. выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики;

1.1.1.2. медицинская транспортировка застрахованного лица в медицинское учреждение.

1.2. Услуги стационара:

1.2.1. диагностические, лечебные, реабилитационные, в том числе:

- консультации врачей различных специальностей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапевтическое лечение, массаж и ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение, в том числе химиотерапия и лучевая терапия;
- трансплантация органов;
- протезирование и имплантация;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре для обследования;
- родовспоможение, в т.ч. пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента выписки;
- уход за новорожденным и необходимое лечение, оказываемые ребенку в течение первых дней жизни (в случае, если мать новорожденного является застрахованным лицом);
- пребывание в отделении патологии беременности;

¹⁷ Настоящая программа предусматривает предоставление застрахованному лицу указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по всему миру.

¹⁸ Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются застрахованному лицу с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

Правила общего добровольного медицинского страхования для корпоративных клиентов

- прерывание беременности;
 - лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства;
 - пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала, включая предоставление индивидуального поста;
 - пребывание в отделении по уходу за больными или в хосписе;
 - традиционные методы диагностики и лечения (народная медицина);
 - медицинские услуги дневного стационара;
- 1.2.2. экспертиза временной нетрудоспособности;
- 1.2.3. оформление различной медицинской документации;
- 1.2.4. пребывание одного из родителей вместе с госпитализированным в рамках настоящей программы ребенком.
- 1.3. Сервисные услуги в стационаре: дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.

22. Программа международного медицинского страхования «МДМС — Медицинская транспортировка»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и/или оплачивает медико-транспортные услуги, такие как эвакуация¹⁹ или репатриация²⁰, предоставляемые Застрахованному при наступлении страхового случая в результате: острого или хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, беременности, родов в случаях, когда необходимое лечение недоступно в месте нахождения Застрахованного.

ООО СК «ВТБ Страхование» по настоящей программе организует и/или оплачивает транспортировку посмертных останков застрахованного в случае его смерти на территорию страны постоянного проживания.

Территория действия страхования — весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медико-транспортные услуги, в том числе:

1.1.1. Медицинскую транспортировку в ближайшее медицинское учреждение²¹ (в том числе в страну проживания или страну происхождения застрахованного²²), в котором застрахованному может быть предоставлено необходимое стационарное лечение или лечение в дневном стационаре, если оно недоступно в месте его нахождения, и обратно.

1.1.2. Транспортировку сопровождающего лица Застрахованного, если в сопровождении имеется необходимость по медицинским показаниям.

1.1.3. Транспортировку посмертных останков застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) на родину или в страну постоянного проживания в случае его смерти во время пребывания за пределами родной страны.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ 19-22

1. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями²³ и их осложнениями:

1.1. Врожденные аномалии, пороки развития; наследственные заболевания.

1.2. Алкоголизм, наркомания, токсикомания.

2. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает:

2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

2.2. Диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате хирургического лечения онкологического заболевания или несчастного случая, имевших место в течение срока действия договора страхования;

2.3. Лечение (включая лекарственные препараты), являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским²⁴;

2.4. Получение и хранение стволовых клеток в качестве превентивной меры;

¹⁹ Эвакуация — неотложная транспортировка застрахованного по медицинским показаниям в ближайшее медицинское учреждение, имеющее соответствующую лицензию, оборудование и опыт для лечения, независимо от местонахождения Застрахованного в случае, если необходимая медицинская помощь недоступна в месте его пребывания.

²⁰ Репатриация - транспортировка посмертных останков застрахованного в страну его постоянного проживания.

²¹ При эвакуации.

²² При репатриации и один раз по каждому случаю заболевания или травмы в течение всех периодов страхования по программе.

²³ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-Х).

²⁴ Не прошедшим клинических испытаний, не основанным на общепринятых медицинских методиках, не утвержденным и не зарегистрированным в стране, где оказываются услуги застрахованному лицу.

2.5. Расходы, связанные с репатриацией или эвакуацией (в том числе размещение в гостинице, услуги такси, стоимость погребения или кремации, гроба и т.д., а также транспортные расходы лица, уполномоченного забрать или сопровождать посмертные останки застрахованного), за исключением случаев, предусмотренных соответствующей программой МДМС;

2.6. Расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

3. ООО СК «ВТБ Страхование» не организует:

3.1. Репатриацию или эвакуацию, если этого не позволяет обстановка на месте или доступ на территорию будет представлять чрезмерную опасность или являться нецелесообразным, например, в случае нахождения застрахованного в зоне военных действий или на морской буровой вышке.

3.2. Если в течение срока действия договора страхования у застрахованного будут выявлены заболевания из числа указанных в п. 1 настоящих Исключений, ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги, оказанные застрахованному по медицинским показаниям до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

23. Программа добровольного медицинского страхования «Плановая стационарная помощь»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает медицинские услуги стационара²⁵ при плановой госпитализации застрахованного при наступлении страхового случая в результате: острого и хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления, требующего оказания медицинской помощи в клиниках, осуществляющих медицинскую деятельность в России и за ее пределами.

ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

Территория действия страхования — весь мир.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие медицинские услуги²⁶:

1.1.1. Медицинская транспортировка застрахованного в медицинское учреждение по медицинским показаниям.

1.1.2. Услуги стационара:

- диагностические, лечебные, в том числе;
- консультации врачей различных специальностей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапевтическое лечение, массаж, акупунктура, мануальная терапия, ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие, необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала; пребывание ребенка в возрасте до 3-х лет с одним родственником;
- медицинские услуги дневного стационара, стационара одного дня;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1. **ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает** медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений:²⁷

2.1.1. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений.

2.1.2. Заболеваний, передающиеся половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений.

²⁵ Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, полученную в соответствии с законодательством страны местонахождения, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

²⁶ Указанные услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в полном объеме, кроме случаев, перечисленных в Исключениях из программ добровольного медицинского страхования.

²⁷ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-Х).

2.1.3. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения.

2.1.4. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

2.1.5. Туберкулеза.

2.1.6. Муковисцидоза, псориаза, глубоких микозов.

2.1.7. Острой и хронической лучевой болезни.

2.1.8. Профессиональных заболеваний.

2.1.9. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, туляремия, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки.

2.1.10. Хронических вирусных гепатитов: С, D, E и др.

2.2. **ООО СК «ВТБ Страхование»** не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

2.2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.

2.2.2. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с наблюдением беременности, родовспоможение.

2.2.3. Услуги по планированию семьи: введение, удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), диагностика и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения.

2.2.4. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), контагиозного моллюска.

2.2.5. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термopунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).

2.2.6. Пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.

2.2.7. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования.

2.3. Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание из числа указанных в п. 1 Исключений из страхового покрытия, а также при первичном выявлении названных заболеваний, ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2.4. В дальнейшем ООО СК «ВТБ Страхование» имеет право прекратить договор страхования в отношении такого Застрахованного или включить в программу на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

2.5. Лицо, в отношении которого договор страхования прекращен согласно п. 4 настоящих Исключений, не может быть застраховано в дальнейшем, кроме случаев предоставления этим лицом в ООО СК «ВТБ Страхование» документов, подтверждающих, что обстоятельства, препятствующие страхованию указанного лица, отпали.

24. Программа добровольного медицинского страхования «Экстренная амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь на территории России»²⁸

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при наступлении страхового случая в результате: острого заболевания; обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожога, отморожения), отравления.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях амбулаторно-поликлинические услуги.

1.1.1. Диагностические и лечебные, в том числе консультативные приемы врачей следующих специальностей:

аллерголог	анестезиолог	кардиолог
аритмолог	ревматолог	ангиолог
врач общей практики	рентгенолог	колопроктолог
невролог	терапевт	пульмонолог
нейрохирург	травматолог	травматолог-ортопед
гастроэнтеролог	нефролог	физиотерапевт
гематолог	онколог	окулист
ортопед	уролог	хирург
гепатолог	оториноларинголог	эндокринолог
офтальмолог	гинеколог	челюстно-лицевой хирург
дерматовенеролог	педиатр	проктолог
инфекционист		
и другие		

Лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические, и серологические, гистологические, микробиологические, аллергологические, скарификационные пробы, коагулологические, исследование онкомаркеров и др.; исследования методом ПЦР, в том числе исследования на урогенитальные инфекции, включая инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

Инструментальные исследования:

- функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), реовазография (РВГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), фонокардиография, суточное мониторирование артериального давления, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил-тест), электронейромиография;
- ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая доплерография, в т.ч. с цветным картированием;
- рентгенологические и рентген-радиологические исследования, в том числе с использованием рентгеноконтрастных препаратов, включая компьютерную томографию, мультиспиральную томографию, позитронно-эмиссионную томографию; маммография;
- магнитно-резонансная томография;
- эндоскопические исследования диагностические и лечебные: эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, бронхоскопия;
- радиоизотопные исследования: сцинтиграфия.

²⁸ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному медицинских услуг на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

Физиотерапевтическое лечение: (в отделении физиотерапии, а также на приеме у врача-специалиста): лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, фототерапия, ультразвуковая терапия, фонофорез, ингаляции.

- Лечебная физкультура в группе, классический лечебный массаж, классическая корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия.

Стоматологическое лечение: снятие острой боли, терапевтическое лечение пульпита и периодонтита; хирургическое лечение — удаление зубов; рентгеновская и радиовизиографическая диагностика; местная анестезия.

Оказание медицинской помощи на дому: выезд врача-терапевта/врача-педиатра, экспертиза трудоспособности.

Лечебные манипуляции: инъекции (подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутрисуставные, парабубарные); проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях при наличии в программе плановой стационарной помощи.

1.1.2. Экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности.

1.1.3. Выдача медицинской документации: (выписки из амбулаторной карты, рецепты, за исключением льготных).

1.1.4. Противостолбнячная и антирабическая вакцинация при травме.

25. Программа добровольного медицинского страхования «Экстренная стоматологическая помощь на территории России»²⁹

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинические услуги специализированного стоматологического медицинского учреждения и стоматологического отделения поликлиники при наступлении страхового случая в результате: пульпита, периодонтита, пародонтита, острого заболевания слюнных желез, травмы челюстно-лицевой области, требующих оказания экстренной помощи.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические и лечебные услуги, в том числе:

- первичные, повторные приемы врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, челюстно-лицевого хирурга;
- анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- проведение инструментальной диагностики: рентгеновские и радиовизиографические исследование;
- терапевтическая стоматология: вскрытие полости зуба с ампутацией пульпы, снятие пломбы в лечебных целях, механическая и медикаментозная обработка каналов, распломбировка каналов;
- хирургическая стоматология: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области, удаление зубов простое и сложное;
- неотложная хирургическая помощь при травме челюстно-лицевой области.

²⁹ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному медицинских услуг на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

26. Программа добровольного медицинского страхования «Экстренная стационарная помощь на территории России»³⁰

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в условиях стационара при наступлении страхового события в результате:

- острого (внезапного) заболевания;
- обострения хронического заболевания, угрожающего жизни Застрахованного;
- острого отравления, угрожающего жизни Застрахованного;
- травмы (в том числе ожоге, отморожении) в результате несчастного случая в быту и на производстве.

Скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое угрожает жизни Застрахованного и требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. ООО СК «ВТБ Страхование» оплачивает медицинские услуги стационара, оказанные по поводу тех случаев, которые явились непосредственной причиной госпитализации.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Экстренная стационарная помощь:

- консультации врачей-специалистов;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- компьютерная и магнитно-резонансная томография;
- хирургическое и консервативное лечение;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные средства и другие, необходимые для лечения средства;
- физиотерапевтическое лечение: электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия (не более 5 процедур в течение срока страхования);
- пребывание в 2-4-местной палате, пребывание ребенка с одним родственником;
- экспертиза трудоспособности, выдача листков нетрудоспособности;
- оформление различной медицинской документации.

1.2. Скорая и неотложная медицинская помощь:

- выезд врачебной бригады скорой медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния здоровья застрахованного;
- реанимационные мероприятия;
- медицинская транспортировка в медицинское учреждение при наличии медицинских показаний.

³⁰ Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному медицинских услуг на территории России в случаях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 24-26

1. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает медицинские услуги, связанные с лечением следующих заболеваний и их осложнений³¹:

- 1.1. хронических заболеваний (состояний) вне стадии обострения;
- 1.2. Заболеваний зубов, тканей пародонта, слизистой оболочки полости рта и языка, челюстно-лицевой области вне стадии обострения/ухудшения;
- 1.3. Онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений (после установления диагноза онкологического заболевания);
- 1.4. Врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
- 1.5. Заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
- 1.6. Психических, психоневротических расстройств, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с психическими нарушениями и в состоянии алкогольного опьянения;
- 1.7. Алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;
- 1.8. Туберкулеза;
- 1.9. Хронической почечной и печеночной недостаточности, в том числе требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
- 1.10. Муковисцидоза, псориаза, глубоких микозов;
- 1.11. Острой и хронической лучевой болезни;
- 1.12. Профессиональных заболеваний;
- 1.13. Особо опасных инфекционных болезней: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- 1.14. Хронических вирусных гепатитов: С, D, E и др.

2. ООО СК «ВТБ Страхование» не оплачивает оказание застрахованному следующих медицинских услуг:

- 2.1. Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
- 2.2. Профилактические приемы врачей-специалистов, диспансеризация, вакцинация.
- 2.3. Плановые медицинские услуги, лечение после снятия острого состояния.
- 2.4. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия и т.д., кроме случаев, предусмотренных программами добровольного медицинского страхования.
- 2.5. Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности; ведение беременности вне зависимости от срока беременности, услуги, связанные с наблюдением беременности, родовспоможение.
- 2.5. Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения; удаление доброкачественных новообразований кожи (родинок, бородавок, невусов, папиллом, кондилом и пр.).
- 2.6. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цугун- терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).
- 2.7. Реабилитация в любых медицинских учреждениях, кроме случаев, предусмотренных программами добровольного медицинского страхования; пребывание в медицинских и иных учреждениях для получения попечительского ухода, а также ухода, не требующего участия медицинского персонала.
- 2.8. Расходы на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления, включая расходы на их подгонку.

³¹ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней десятого пересмотра (МКБ-Х).

2.9. Экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация, кроме случаев их применения по витальным показаниям при экстренной госпитализации.

2.10. Услуги генетика, диетолога, логопеда.

2.11. Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования, до момента его выписки из стационара.

2.12. Ударно-волновая терапия.

2.13. Восстановительное лечение.

27. Программа добровольного медицинского страхования «Комплексная программа № 3 (Телемедицина)»

По настоящей Программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового случая в результате: острого и обострения хронического заболевания, травмы, в том числе ожога, отморожения и отравления.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса Партнера, представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Медицинские и иные услуги.

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса Партнера, проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на сайте Партнера, а именно³²:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 минут после запроса);
- плановые консультации по предварительной записи врачом-терапевтом, врачом-специалистом;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

- содействие в организации диагностических исследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы³³;
- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Организация приема врача профильной специальности, диагностических исследований и лечения без письменных рекомендаций врача, по результатам консультации в рамках Программы.

2.2. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

2.3. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией Застрахованных, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

³² Консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом.

³³ Диагностические исследования и лечение организуются в рамках программы ДМС или оплачиваются за счет средств Застрахованного.

28. Программа добровольного медицинского страхования «ВТОРОЕ ЭКСПЕРТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ МНЕНИЕ»

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» (далее—Страховщик) принимает на себя риск возникновения расходов на организацию и оплату предоставления Застрахованному экспертных медицинских услуг — «Второго экспертного медицинского мнения» при наступлении страхового случая в результате: заболевания/состояния по следующим профилям: онкология, кардиология, неврология, нефрология, ортопедия либо иных заболеваний состояний по согласованию со Страховщиком.

В целях реализации настоящей Программы Страховщик заключает договор с Сервисной службой, которая организует предоставление квалифицированного медицинского заключения специалистов/медицинских учреждений, осуществляющих медицинскую практику в странах, составляющих территорию страхования.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. «Второе экспертное медицинское мнение» — представляет собой медицинское заключение медицинского специалиста/медицинского учреждения в отношении диагностированного ранее у Застрахованного заболевания.

1.2. «Второе экспертное медицинское мнение» (далее — Второе мнение или Экспертное заключение) — это повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного, вынесенное поставщиком услуги Второго мнения по итогам рассмотрения и оценки медицинских документов/информации, предоставленных Застрахованным.

1.3. Второе мнение, как правило, базируется на основании анализа медицинской информации, предоставленной Застрахованным, включающей первичное заключение врача-специалиста о наличии заболевания, предусмотренного настоящей Программой (далее — Первое мнение), и любых медицинских документов/информации, по требованию поставщика услуги «Второе экспертное медицинское мнение» по их собственному усмотрению.

1.4. В случае отсутствия Первого мнения услуга «Второе экспертное медицинское мнение» не оказывается.

1.5. Предоставление необходимых документов/необходимой информации Страховщику является обязанностью Застрахованного, который несет риск неполучения/получение неполного/получение некорректного второго мнения в случае непредставления/неполного представления либо предоставления в искаженном виде затребованных медицинских документов/информации.

1.6. Второе мнение должно быть подписано врачом/медицинским учреждением, получившим от компетентных официальных органов страны, в которой они осуществляют медицинскую практику, разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющий необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести дополнительное заключение (далее — Эксперт).

1.7. Содержание Второго мнения определяется согласованным Экспертом самостоятельно. При этом в таком заключении обязательно должно быть выражено мнение относительно правильности диагноза, поставленного в первом мнении, или мотивированное мнение относительно его спорности, а также дополнительные рекомендации по лечению и/или профилактике (при необходимости) либо указание корректность рекомендаций, полученных Застрахованным ранее.

1.8. Территория оказания услуги — весь мир.

Программы добровольного медицинского страхования № 3, 9-11, 14-18 могут быть включены в договор страхования только как дополнение к программам 1-8.

29. Программа добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний Онко+»

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) по поводу **онкологических заболеваний**, диагностированных впервые в период действия договора страхования с учетом действия периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования), при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия Договора страхования (полиса) или иного срока, предусмотренного Договором страхования (полисом), после подтверждения поставленного диагноза, указанного в настоящей Программе (обращение в медицинское учреждение для лечения, вследствие постановки которого является страховым случаем);
- диагноз, требующий лечения, подтвержден профильными специалистами, привлеченными Сервисной компанией (уполномоченным представителем Страховщика), на основании данных необходимых и достаточных медицинских исследований;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора и/или на протяжении периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования);
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится в соответствии с **территорией страхования**;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 3 настоящей Программы.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.

1. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Российская Федерация или за рубежом (весь мир, за исключением США) при невозможности организации лечения в РФ.

2. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

2.1. **Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:**

2.1.1. **Лечение онкологических заболеваний**

Онкологическое заболевание — опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09).

Диагноз, требующий лечения, должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования (исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства).

В случае, если хирургическое вмешательство необходимо для получения гистологического материала для полного удаления опухоли, оно будет организовано и оплачено до верификации диагноза.

2.2. **Покрываемые расходы:**

В соответствии с настоящей Программой будут оплачены следующие расходы, возникшие (возникающие) в связи с подпадающими под действие страхования заболеваниями и методами лечения (п. 2.1.1. Программы):

2.2.1. **Медицинские расходы.** Возмещаются расходы при лечении в медицинском учреждении (далее — МУ), в соответствии с согласованным планом лечения, в отношении следующего:

- 2.2.1.1. размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 2.2.1.2. прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях;
- 2.2.1.3. использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 2.2.1.4. на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо предписание покрыты согласно настоящей Программе и предусмотрены в данном МУ;
- 2.2.1.5. на лечение у врача — в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 2.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 2.2.1.7. в связи с оказанием Застрахованному следующих медицинских услуг:
- 2.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
- 2.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной томографии, проведение радиотерапии и химиотерапии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки диагноза, лечения онкологических заболеваний, включая проведение сложных хирургических операций в соответствии с назначением лечащего врача и/или с согласованным планом лечения;
- 2.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;
- 2.2.1.7.4. расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций;
- 2.2.1.7.5. в связи с использованием медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации;
- 2.2.1.7.6. в связи с медицинской транспортировкой наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;
- 2.2.1.7.7. в связи с оказанием услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;
- 2.2.1.7.8. в связи с оказанием медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.
- 2.2.2. Медико-транспортные и иные расходы.**
- 2.2.2.1. Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:
- 2.2.2.1.1. вся подготовка к поездке осуществляется Сервисной компанией — уполномоченным представителем Страховщика; Страховщик не компенсирует прочие расходы по подготовке к поездке со стороны Застрахованного лица или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного;
- 2.2.2.1.2. сервисная компания отвечает за определение дат отъезда/приезда и сроков поездки с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у него было время для урегулирования всех личных вопросов;
- 2.2.2.1.3. при изменении Застрахованным дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика и/или Сервисной Компании, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;
- 2.2.2.1.4. транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам лечения), включают: перелет/проезд, такси от/до аэропорта/вокзала, перемещение к месту лечения при удаленном проживании, в том числе специальный медицинский авиарейс, скорая помощь. Уровень сервиса — эконом-класс;
- 2.2.2.2. Возмещаются расходы в связи с размещением Застрахованного и одного сопровождающего лица исключительно с целью получения лечения с одобрения Сервис-

ной компанией. Все действия по размещению осуществляются Сервисной компанией; Страховщик не компенсирует прочие расходы по размещению со стороны Застрахованного или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного. При этом:

2.2.2.2.1. Сервисная компания определяет даты и сроки пребывания в МУ с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки заранее согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у последнего было достаточно времени для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.2.2. Сервисная компания устанавливает дату возвращения с учетом завершения лечения и с согласия лечащего Врача;

2.2.2.2.3. при изменении Застрахованным установленных дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный компенсирует Страховщику и/или Сервисной компании все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.2.4. оплачивается проживание в стандартном номере в гостинице категории 3 или 4 звезды. Выбор отеля осуществляется с учетом доступности и его близости к МУ или лечащему Врачу;

2.2.2.2.5. расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице не компенсируются;

2.2.2.2.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30³⁴ (тридцати) календарных дней.

2.2.2.3. В случае смерти Застрахованного в ходе получения лечения, предусмотренного по Договору, Сервисная компания организует, а Страховщик оплачивает расходы на репатриацию умершего к месту его постоянного проживания или захоронения. Компенсация указанных расходов ограничивается только расходами на услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего и его транспортировки, в том числе:

2.2.2.3.1. Услуги похоронного бюро по репатриации, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов.

2.2.2.3.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;

2.2.2.3.3. Транспортировку тела умершего от аэропорта или железнодорожного вокзала до места его постоянного проживания или назначенного места захоронения в России.

2.2.2.4. Возмещаются расходы или часть расходов на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации (или на территории страны лечения)³⁵, рекомендованные Застрахованному к применению его лечащим врачом согласно плану лечения, при одновременном выполнении следующих условий:

2.2.2.4.1. наличие рецепта от лечащего врача и/или выписки из истории болезни;

2.2.2.4.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны, где проводится лечение, и находятся в свободной продаже в данной стране.

2.2.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

2.2.3.1. телефонный медицинский пулть 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора;

2.2.3.2. справочно-консультационная помощь по вопросам:

- условий урегулирования страховых случаев по договору страхования;
- действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с реализацией прав на медицинскую помощь, получения медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий

³⁴ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

³⁵ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрена конкретная территория приобретения лекарств, расходы или часть расходов на приобретение которых возмещается. В таком случае соответствующая территория указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной с договором страхования;

2.2.3.3. содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;

2.2.3.4. организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;

2.2.3.5. организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;

2.2.3.6. верификация поставленного диагноза согласно предоставленным материалам, включая анализ предоставленного биологического материала, и информирование Застрахованного о результатах;

2.2.3.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием;

2.2.3.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

2.2.3.9. второе медицинское мнение от российских или зарубежных специалистов в случае необходимости или при желании Застрахованного;

2.2.3.10. организация и оплата перевода представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);

2.2.3.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующейся на лечении данного заболевания;

2.2.3.12. подготовка предварительного плана лечения;

2.2.3.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;

2.2.3.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;

2.2.3.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора при поездке в целях лечения за пределы РФ) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу зарубежной визы;

2.2.3.16. согласования сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;

2.2.3.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;

2.2.3.18. размещения Застрахованного, сопровождающего его лица в стране пребывания: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного — при амбулаторном лечении), исключая питание;

2.2.3.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);

2.2.3.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии — по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);

2.2.3.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;

2.2.3.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);

2.2.3.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;

2.2.3.24. предоставление психологической и юридической поддержки для Застрахованного и членов его семьи;

2.2.3.25. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;

2.2.3.26. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;

2.2.3.27. информационная поддержка по пройденному лечению.

2.3. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 2.1. входящие в программу расходы по организации лечения на территории, указанной в настоящей Программе, могут возмещаться в рамках лимитов, установленных договором страхования³⁶.

³⁶ Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.

3.2. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) о поставленном диагнозе в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после установления Застрахованному диагноза заболевания, указанного в Программе страхования.

3.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.

3.4. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя — Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

3.5. Для организации медицинских услуг в соответствии с настоящей Программой Застрахованный предоставляет Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) следующие документы:

3.5.1. уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного, получателя страховой выплаты;

3.5.3. согласие (декларация) Застрахованного (если предусмотрено договором страхования);

3.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние 5 (пять) лет;

3.5.6. выписка из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

3.5.7. медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);

3.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

3.5.9. направление лечащего врача на лечение (при наличии).

3.6. При необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) имеет право запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, в медицинских учреждениях и в других предприятиях, учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

3.7. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) проводит анализ полученных документов, организует верификацию диагноза и принимает решение о признании/непризнании случая страховым.

3.8. Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) обеспечивает проведение верификации диагноза по обращению Застрахованного лица с заявлением о страховом случае по диагнозу «Онкологическое заболевание» в срок не более 14 (четырнадцать) рабочих дней с момента получения необходимых для верификации диагноза документов, биоматериала Застрахованного (биопсия или гистология) и подписанного согласия на обработку персональных данных. Медицинскую организацию для верификации диагноза подбирает Страховщик (его уполномоченный

представитель — Сервисная компания) с учетом оснащения, уровня специалистов, проводящих процедуру, а также специфики клинического случая и локализации онкологического процесса.

3.9. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в течение 3-х рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов, необходимых для дополнительного предоставления.

3.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

3.11. В случае если для забора гистологического материала необходимо оперативное вмешательство с целью удаления новообразования полностью, оно будет организовано в рамках Программы до верификации диагноза.

3.12. При признании случая нестраховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 2.1. Программы) Страховщик письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

3.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем — Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и в соответствии с территорией страхования.

3.14. В рамках Программы Сервисной компанией может быть предоставлена услуга «Второе медицинское мнение» от российских или зарубежных экспертов по желанию Застрахованного. Для этого Застрахованный предоставляет по запросу Сервисной компании список документов, согласованный с Сервисной компанией, для составления медицинского файла и его передачи эксперту. После этого Застрахованный получает заключение эксперта на русском языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

3.15. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в срок до 10 (десяти) рабочих дней осуществляет:

3.15.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

3.15.2. получение от соответствующего МУ подтверждения для направления Застрахованного для получения медицинских услуг и индивидуального плана;

3.15.3. согласование индивидуального плана лечения;

3.15.4. формирование комплекта дополнительных услуг, необходимых для организации лечения Клиента: авиабилеты, трансфер, бронирования места проживания при амбулаторном лечении, предоставление услуг переводчика и пр.;

3.15.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

4.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также в следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

4.1.1. заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

4.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или были оказаны вне периода действия договора страхования;

4.1.3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

- 4.1.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;
- 4.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по ранее диагностированным (вне периода действия договора страхования) заболеваниям;
- 4.1.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям, диагностированным в период ожидания;
- 4.1.8. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;
- 4.1.9. несения любых расходов в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры;
- 4.1.10. несения любых расходов на любые экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения;
- 4.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 2 настоящей Программы.
- 4.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
 - 4.1.12.1. злокачественной меланомой класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
 - 4.1.12.2. базально-клеточной карциномой;
 - 4.1.12.3. плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
 - 4.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).
- 4.2. **Не принимаются на страхование лица, у которых/которые:**
 - 4.2.1. есть или когда-либо были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;
 - 4.2.2. были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;
 - 4.2.3. ожидают результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования (если иное не предусмотрено договором страхования);
 - 4.2.4. были диагностированы до вступления договора страхования в силу: воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени.

30. Программа добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний Онко++»

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) по поводу **онкологических заболеваний**, диагностированных впервые в период действия договора страхования с учетом действия периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования), при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия Договора страхования (полиса) или иного срока, предусмотренного Договором страхования (полисом), после подтверждения поставленного диагноза, указанного в настоящей Программе (обращение в медицинское учреждение для лечения, вследствие постановки которого является страховым случаем);
- диагноз, требующий лечения, подтвержден профильными специалистами, привлеченными Сервисной компанией (уполномоченным представителем Страховщика), на основании данных необходимых и достаточных медицинских исследований;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора и/или на протяжении периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования);
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится в соответствии с **территорией страхования**;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 3 настоящей Программы.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.

1. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

1.1. За рубежом (весь мир, за исключением США) или в РФ при нежелании/невозможности лечения за рубежом.

2. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

2.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

2.1.1. Лечение онкологических заболеваний

Онкологическое заболевание — опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09).

Диагноз, требующий лечения, должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования (исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства).

В случае если хирургическое вмешательство необходимо для получения гистологического материала для полного удаления опухоли, оно будет организовано и оплачено до верификации диагноза.

2.2. Покрываемые расходы:

В соответствии с настоящей Программой будут оплачены следующие расходы, возникшие (возникающие) в связи с подпадающими под действие страхования заболеваниями и методами лечения (п. 2.1.1. Программы):

2.2.1. **Медицинские расходы.** Возмещаются расходы при лечении в медицинском учреждении (далее — МУ), в соответствии с согласованным планом лечения, в отношении следующего:

- 2.2.1.1. размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 2.2.1.2. прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях;
- 2.2.1.3. использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 2.2.1.4. на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо предписание покрыты согласно настоящей Программе и предусмотрены в данном МУ;
- 2.2.1.5. на лечение у врача — в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 2.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 2.2.1.7. в связи с оказанием Застрахованному следующих медицинских услуг:
- 2.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
- 2.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной томографии, проведение радиотерапии и химиотерапии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки диагноза, лечения онкологических заболеваний, включая проведение сложных хирургических операций в соответствии с назначением лечащего врача и/или с согласованным планом лечения;
- 2.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;
- 2.2.1.7.4. расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций;
- 2.2.1.7.5. в связи с использованием медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации;
- 2.2.1.7.6. в связи с медицинской транспортировкой наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;
- 2.2.1.7.7. в связи с оказанием услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;
- 2.2.1.7.8. в связи с оказанием медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.
- 2.2.2. Медико-транспортные и иные расходы.**
- 2.2.2.1. Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:
- 2.2.2.1.1. вся подготовка к поездке осуществляется Сервисной компанией — уполномоченным представителем Страховщика; Страховщик не компенсирует прочие расходы по подготовке к поездке со стороны Застрахованного лица или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного;
- 2.2.2.1.2. сервисная компания отвечает за определение дат отъезда/приезда и сроков поездки с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у него было время для урегулирования всех личных вопросов;
- 2.2.2.1.3. при изменении Застрахованным дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика и/или Сервисной Компании, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;
- 2.2.2.1.4. транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам лечения), включают: перелет/проезд, такси от/до аэропорта/вокзала, перемещение к месту лечения при удаленном проживании, в том числе специальный медицинский авиарейс, скорая помощь. Уровень сервиса — бизнес-класс;
- 2.2.2.2. Возмещаются расходы в связи с размещением Застрахованного и одного сопровождающего лица исключительно с целью получения лечения с одобрения Сервисной

компанией. Все действия по размещению осуществляются Сервисной компанией; Страховщик не компенсирует прочие расходы по размещению со стороны Застрахованного или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного. При этом:

2.2.2.2.1. Сервисная компания определяет даты и сроки пребывания в МУ с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки заранее согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у последнего было достаточно времени для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.2.2. Сервисная компания устанавливает дату возвращения с учетом завершения лечения и с согласия лечащего врача;

2.2.2.2.3. при изменении Застрахованным установленных дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный компенсирует Страховщику и/или Сервисной компании все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.2.4. оплачивается проживание в стандартном номере в гостинице категории 4 звезды. Выбор отеля осуществляется с учетом доступности и его близости к МУ или лечащему врачу;

2.2.2.2.5. расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице не компенсируются;

2.2.2.2.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30³⁷ (тридцати) календарных дней.

2.2.2.3. В случае смерти Застрахованного в ходе получения лечения, предусмотренного по Договору, Сервисная компания организует, а Страховщик оплачивает расходы на репатриацию умершего к месту его постоянного проживания или захоронения. Компенсация указанных расходов ограничивается только расходами на услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего и его транспортировки, в том числе:

2.2.2.3.1. услуги похоронного бюро по репатриации, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов.

2.2.2.3.2. обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;

2.2.2.3.3. транспортировку тела умершего от аэропорта или железнодорожного вокзала до места его постоянного проживания или назначенного места захоронения в России.

2.2.2.4. Возмещаются расходы или часть расходов на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации (или на территории страны лечения)³⁸, рекомендованные Застрахованному к применению его лечащим врачом согласно плану лечения, при одновременном выполнении следующих условий:

2.2.2.4.1. наличие рецепта от лечащего врача и/или выписки из истории болезни;

2.2.2.4.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны, где проводится лечение, и находятся в свободной продаже в данной стране.

2.2.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

2.2.3.1. телефонный медицинский пулть 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора;

2.2.3.2. справочно-консультационная помощь по вопросам:

- условий урегулирования страховых случаев по договору страхования;
- действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с реализацией прав на медицинскую помощь, получения медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной с договором страхования;

³⁷ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

³⁸ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрена конкретная территория приобретения лекарств, расходы или часть расходов на приобретение которых возмещается. В таком случае соответствующая территория указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

- 2.2.3.3. содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;
 - 2.2.3.4. организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;
 - 2.2.3.5. организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;
 - 2.2.3.6. верификация поставленного диагноза согласно предоставленным материалам, включая анализ предоставленного биологического материала, и информирование Застрахованного о результатах;
 - 2.2.3.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием
 - 2.2.3.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;
 - 2.2.3.9. второе медицинское мнение от российских или зарубежных специалистов в случае необходимости или при желании Застрахованного;
 - 2.2.3.10. организация и оплата перевода представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);
 - 2.2.3.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующейся на лечении данного заболевания;
 - 2.2.3.12. подготовка предварительного плана лечения;
 - 2.2.3.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
 - 2.2.3.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
 - 2.2.3.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора при поездке в целях лечения за пределы РФ) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу зарубежной визы;
 - 2.2.3.16. согласования сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
 - 2.2.3.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
 - 2.2.3.18. размещения Застрахованного, сопровождающего его лица в стране пребывания: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного — при амбулаторном лечении), исключая питание;
 - 2.2.3.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
 - 2.2.3.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии — по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
 - 2.2.3.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
 - 2.2.3.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
 - 2.2.3.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
 - 2.2.3.24. предоставление психологической и юридической поддержки для Застрахованного и членов его семьи;
 - 2.2.3.25. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
 - 2.2.3.26. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
 - 2.2.3.27. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 2.3. В случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 2.1. Программы входящие в программу расходы по организации лечения на территории, указанной в настоящей Программе, могут возмещаться в рамках лимитов, установленных договором страхования³⁹.

³⁹ Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.

3.2. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) о поставленном диагнозе в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после установления Застрахованному диагноза заболевания, указанного в Программе страхования.

3.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.

3.4. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя — Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

3.5. Для организации медицинских услуг в соответствии с настоящей Программой Застрахованный предоставляет Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) следующие документы:

3.5.1. уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного, получателя страховой выплаты;

3.5.3. согласие (декларация) Застрахованного (если предусмотрено договором страхования);

3.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние 5 (пять) лет;

3.5.6. выписка из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

3.5.7. медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);

3.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

3.5.9. направление лечащего врача на лечение (при наличии).

3.6. При необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) имеет право запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, в медицинских учреждениях и в других предприятиях, учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

3.7. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) проводит анализ полученных документов, организует верификацию диагноза и принимает решение о признании/непризнании случая страховым.

3.8. Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) обеспечивает проведение верификации диагноза по обращению Застрахованного лица с заявлением о страховом случае по диагнозу «Онкологическое заболевание» в срок не более 14 (четырнадцать) рабочих дней с момента получения необходимых для верификации диагноза документов, биоматериала Застрахованного (биопсия или гистология) и подписанного согласия на обработку персональных данных. Медицинскую организацию для верификации диагноза подбирает Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) с учетом оснащения, уровня специалистов,

проводящих процедуру, а также специфики клинического случая и локализации онкологического процесса.

3.9. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в течение 3-х рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов, необходимых для дополнительного предоставления.

3.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

3.11. В случае если для забора гистологического материала необходимо оперативное вмешательство с целью удаления новообразования полностью, оно будет организовано в рамках Программы до верификации диагноза.

3.12. При признании случая нестраховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 2.1. Программы) Страховщик письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

3.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем — Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и в соответствии с территорией страхования.

3.14. В рамках Программы Сервисной компанией может быть предоставлена услуга «Второе медицинское мнение» от российских или зарубежных экспертов по желанию Застрахованного. Для этого Застрахованный предоставляет по запросу Сервисной компании список документов, согласованный с Сервисной компанией, для составления медицинского файла и его передачи эксперту. После этого Застрахованный получает заключение эксперта на русском языке в срок не более 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

3.15. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в срок до 10 (десяти) рабочих дней осуществляет:

3.15.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

3.15.2. получение от соответствующего МУ подтверждения для направления Застрахованного для получения медицинских услуг и индивидуального плана;

3.15.3. согласование индивидуального плана лечения;

3.15.4. формирование комплекта дополнительных услуг, необходимых для организации лечения Клиента: авиабилеты, трансфер, бронирования места проживания при амбулаторном лечении, предоставление услуг переводчика и пр.;

3.15.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

4.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также в следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

4.1.1. заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

4.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или были оказаны вне периода действия договора страхования;

4.1.3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

4.1.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного

иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;

4.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по ранее диагностированным (вне периода действия договора страхования) заболеваниям;

4.1.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям, диагностированным в период ожидания;

4.1.8. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

4.1.9. несения любых расходов в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры;

4.1.10. несения любых расходов на любые экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения;

4.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 2 настоящей Программы.

4.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:

4.1.12.1. злокачественной меланомой класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;

4.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

4.1.12.3. плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;

4.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).

4.2. Не принимаются на страхование лица, у которых/которые:

4.2.1. есть или когда-либо были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;

4.2.2. были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;

4.2.3. ожидают результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования (если иное не предусмотрено договором страхования);

4.2.4. были диагностированы до вступления договора страхования в силу: воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени.

31. Программа добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний Онко+ и КЗ в РФ»

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) по поводу **онкологических и критических заболеваний**, диагностированных впервые в период действия договора страхования с учетом действия периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования), при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия Договора страхования (полиса) или иного срока, предусмотренного Договором страхования (полисом), после подтверждения поставленного диагноза, указанного в настоящей Программе (обращение в медицинское учреждение для лечения, вследствие постановки которого является страховым случаем);
- диагноз, требующий лечения, подтвержден профильными специалистами, привлеченными Сервисной компанией (уполномоченным представителем Страховщика), на основании данных необходимых и достаточных медицинских исследований;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора и/или на протяжении периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования);
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится в соответствии с **территорией страхования**;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 3 настоящей Программы.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.

1. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В отношении лечения онкологических заболеваний: Российская Федерация или за рубежом (весь мир, за исключением США) при невозможности организации лечения в РФ.

1.2. В отношении лечения критических заболеваний: Российская Федерация.

2. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

2.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

2.1.1. Лечение онкологических заболеваний

Онкологическое заболевание — опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09).

Диагноз, требующий лечения, должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования (исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства).

В случае, если хирургическое вмешательство необходимо для получения гистологического материала для полного удаления опухоли, оно будет организовано и оплачено до верификации диагноза.

2.1.2. Лечение критических заболеваний

2.1.3. Кардиология:

- **Аортокоронарное шунтирование**

Аортокоронарное шунтирование является прямым оперативным вмешательством на сердце, рекомендованное кардиологом или кардиохирургом, и выполненное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии двух или более коронарных артерий путем

введения анастомозов между аортой и пораженной коронарной артерией и между молочной железой и пораженной коронарной артерией. Операция должна выполняться при наличии коронарной ангиографии.

- **Ишемия сердца** — Международный классификационный код болезни-10: I20-I25.

- **Протезирование клапанов сердца с приобретенным пороком сердца**

Операция протезирования сердечного клапана с пороком сердца является прямым оперативным вмешательством сердца с открытым доступом (торакотомия), рекомендованная кардиологом или кардиохирургом и проводимая кардиохирургом для замены одного или нескольких пораженных сердечных клапанов искусственным клапаном или восстановление одного или нескольких клапанов сердца из-за стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний.

- **Порок сердца** — Международный классификационный код болезни-10: I34-I39.

2.1.4. **Нейрохирургия** — оперативное вмешательство при заболеваниях центральной нервной системы (головного и спинного мозга):

- доброкачественные опухоли головного и спинного мозга (международный классификационный код болезни-10: D32, D33, D35.2);

- сосудистая патология головного и спинного мозга (международный классификационный код болезни-10: I60-I69, I72.0, I72.5, Q28.0-Q28.8);

- доброкачественные новообразования оболочки головного мозга (международный классификационный код болезни-10: D32);

- доброкачественные новообразования гипофиза (международный классификационный код болезни-10: D35.2);

- ангиомы головного мозга (международный классификационный код болезни-10: D18);

- болезнь Паркинсона (хирургическое лечение — если указано) (код международной классификации болезни-10: G20-G26);

2.2. Покрываемые расходы:

В соответствии с настоящей Программой будут оплачены следующие расходы, возникшие (возникающие) в связи с подпадающими под действие страхования заболеваниями и методами лечения (п. 2.1. Программы):

2.2.1. **Медицинские расходы.** Возмещаются расходы при лечении в медицинском учреждении (далее — МУ), в соответствии с согласованным планом лечения, в отношении следующего:

2.2.1.1. размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;

2.2.1.2. прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях;

2.2.1.3. использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;

2.2.1.4. на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо предписание покрыты согласно настоящей Программе и предусмотрены в данном МУ;

2.2.1.5. на лечение у врача — в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;

2.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;

2.2.1.7. в связи с оказанием Застрахованному следующих медицинских услуг:

2.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;

2.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной томографии, проведение радиотерапии и химиотерапии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки диагноза, лечения онкологических и критических заболеваний, включая проведение сложных хирургических операций в соответствии с назначением лечащего врача и/или с согласованным планом лечения;

2.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

2.2.1.7.4. расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций;

2.2.1.7.5. в связи с использованием медицинских препаратов по назначению Врача во время госпитализации;

2.2.1.7.6. в связи с медицинской транспортировкой наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;

2.2.1.7.7. в связи с оказанием услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;

2.2.1.7.8. в связи с оказанием медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.

2.2.2. Медико-транспортные и иные расходы.

2.2.2.1. Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:

2.2.2.1.1. вся подготовка к поездке осуществляется Сервисной компанией — уполномоченным представителем Страховщика; Страховщик не компенсирует прочие расходы по подготовке к поездке со стороны Застрахованного лица или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного;

2.2.2.1.2. Сервисная компания отвечает за определение дат отъезда/приезда и сроков поездки с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у него было время для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.1.3. при изменении Застрахованным дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика и/или Сервисной Компании, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.1.4. транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам лечения), включают: перелет/проезд, такси от/до аэропорта/вокзала, перемещение к месту лечения при удаленном проживании, в том числе специальный медицинский авиарейс, скорая помощь. Уровень сервиса — эконом-класс;

2.2.2.2. Возмещаются расходы в связи с размещением Застрахованного и одного сопровождающего лица исключительно с целью получения лечения с одобрения Сервисной компанией. Все действия по размещению осуществляются Сервисной компанией; Страховщик не компенсирует прочие расходы по размещению со стороны Застрахованного или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного. При этом:

2.2.2.2.1. Сервисная компания определяет даты и сроки пребывания в МУ с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки заранее согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у последнего было достаточно времени для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.2.2. Сервисная компания устанавливает дату возвращения с учетом завершения лечения и с согласия лечащего Врача;

2.2.2.2.3. при изменении Застрахованным установленных дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный компенсирует Страховщику и/или Сервисной компании все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.2.4. оплачивается проживание в стандартном номере в гостинице категории 3 или 4 звезды. Выбор отеля осуществляется с учетом доступности и его близости к МУ или лечащему Врачу;

2.2.2.2.5. расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице не компенсируются;

2.2.2.2.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30⁴⁰ (тридцати) календарных дней.

2.2.2.3. В случае смерти Застрахованного в ходе получения лечения, предусмотренного по Договору, Сервисная компания организует, а Страховщик оплачивает расходы на репатриацию умершего к месту его постоянного проживания или захоронения. Компенсация указанных расходов ограничивается только расходами на услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего и его транспортировки, в том числе:

2.2.2.3.1. услуги похоронного бюро по репатриации, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов.

2.2.2.3.2. обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;

2.2.2.3.3. транспортировку тела умершего от аэропорта или железнодорожного вокзала до места его постоянного проживания или назначенного места захоронения в России.

2.2.2.4. Возмещаются расходы или часть расходов на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации (или на территории страны лечения)⁴¹, рекомендованные Застрахованному к применению его лечащим врачом согласно плану лечения, при одновременном выполнении следующих условий:

2.2.2.4.1. наличие рецепта от лечащего врача и/или выписки из истории болезни;

2.2.2.4.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны, где проводится лечение, и находятся в свободной продаже в данной стране.

2.2.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

2.2.3.1. телефонный медицинский пулть 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора;

2.2.3.2. справочно-консультационная помощь по вопросам:

- условий урегулирования страховых случаев по договору страхования;
- действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с реализацией прав на медицинскую помощь, получения медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной с договором страхования;

2.2.3.3. содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;

2.2.3.4. организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;

2.2.3.5. организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;

2.2.3.6. верификация поставленного диагноза согласно предоставленным материалам, включая анализ предоставленного биологического материала, и информирование Застрахованного о результатах;

2.2.3.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

2.2.3.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

2.2.3.9. второе медицинское мнение от российских или зарубежных специалистов в случае необходимости или при желании Застрахованного;

2.2.3.10. организация и оплата перевода представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);

2.2.3.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующейся на лечении данного заболевания;

⁴⁰ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

⁴¹ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрена конкретная территория приобретения лекарств, расходы или часть расходов на приобретение которых возмещается. В таком случае соответствующая территория указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

- 2.2.3.12. подготовка предварительного плана лечения;
 - 2.2.3.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
 - 2.2.3.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
 - 2.2.3.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора при поездке в целях лечения за пределы РФ) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу зарубежной визы;
 - 2.2.3.16. согласования сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
 - 2.2.3.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
 - 2.2.3.18. размещения Застрахованного, сопровождающего его лица в стране пребывания: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного — при амбулаторном лечении), исключая питание;
 - 2.2.3.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
 - 2.2.3.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии — по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
 - 2.2.3.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
 - 2.2.3.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
 - 2.2.3.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
 - 2.2.3.24. предоставление психологической и юридической поддержки для Застрахованного и членов его семьи;
 - 2.2.3.25. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
 - 2.2.3.26. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
 - 2.2.3.27. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 2.3. В случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 2.1. Программы входящие в программу расходы по организации лечения на территории, указанной в настоящей Программе, могут возмещаться в рамках лимитов, установленных договором страхования⁴².

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.
- 3.2. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) о поставленном диагнозе в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после установления Застрахованному диагноза заболевания, указанного в Программе страхования.
- 3.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.
- 3.4. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя — Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

⁴² Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

3.5. Для организации медицинских услуг в соответствии с настоящей Программой Застрахованный предоставляет Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) следующие документы:

3.5.1. уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного, получателя страховой выплаты;

3.5.3. согласие (декларация) Застрахованного (если предусмотрено договором страхования);

3.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние 5 (пять) лет;

3.5.6. выписка из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

3.5.7. медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);

3.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

3.5.9. направление лечащего врача на лечение (при наличии).

3.6. При необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) имеет право запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, в медицинских учреждениях и в других предприятиях, учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

3.7. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) проводит анализ полученных документов, организует верификацию диагноза и принимает решение о признании/непризнании случая страховым.

3.8. Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) обеспечивает проведение верификации диагноза по обращению Застрахованного лица с заявлением о страховом случае по диагнозу «Онкологическое заболевание» в срок не более 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых для верификации диагноза документов, биоматериала Застрахованного (биопсия или гистология) и подписанного согласия на обработку персональных данных. Медицинскую организацию для верификации диагноза подбирает Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) с учетом оснащения, уровня специалистов, проводящих процедуру, а также специфики клинического случая и локализации онкологического процесса.

3.9. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в течение 3-х рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов, необходимых для дополнительного предоставления.

3.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

3.11. В случае если для забора гистологического материала необходимо оперативное вмешательство с целью удаления новообразования полностью, оно будет организовано в рамках Программы до верификации диагноза.

3.12. При признании случая нестраховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 2.1. Программы) Страховщик письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

3.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем — Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и в соответствии с территорией страхования.

3.14. В рамках Программы Сервисной компанией может быть предоставлена услуга «Второе медицинское мнение» от российских или зарубежных экспертов по желанию Застрахованного. Для этого Застрахованный предоставляет по запросу Сервисной компании список документов, согласованный с Сервисной компанией, для составления медицинского файла и его передачи эксперту. После этого Застрахованный получает заключение эксперта на русском языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

3.15. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в срок до 10 (десяти) рабочих дней осуществляет:

3.15.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

3.15.2. получение от соответствующего МУ подтверждения для направления Застрахованного для получения медицинских услуг и индивидуального плана;

3.15.3. согласование индивидуального плана лечения;

3.15.4. формирование комплекта дополнительных услуг, необходимых для организации лечения Клиента: авиабилеты, трансфер, бронирования места проживания при амбулаторном лечении, предоставление услуг переводчика и пр.;

3.15.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

4.1. **Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также в следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):**

4.1.1. заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

4.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или были оказаны вне периода действия договора страхования;

4.1.3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

4.1.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;

4.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по ранее диагностированным (вне периода действия договора страхования) заболеваниям;

4.1.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям, диагностированным в период ожидания;

4.1.8. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

4.1.9. несения любых расходов в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры;

- 4.1.10. несения любых расходов на любые экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения;
- 4.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 2 настоящей Программы.
- 4.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
(при диагностировании онкологического заболевания (пп. 4.1.12.1.–4.1.12.4.))
- 4.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- 4.1.12.2. базально-клеточной карциномой;
- 4.1.12.3. плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- 4.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп. 4.1.12.5.–4.1.12.13.))
- 4.1.12.5. инфарктом миокарда с увеличением показателей тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;
- 4.1.12.6. безболевым инфарктом миокарда и не-Q инфарктом миокарда во всех локализациях;
- 4.1.12.7. баллонной ангиопластикой (дилатация), стентированием коронарных артерий;
- 4.1.12.8. использованием лазера;
- 4.1.12.9. других интраартериальных техник;
- 4.1.12.10. эндоскопических манипуляций;
- 4.1.12.11. нехирургических методов лечения;
- 4.1.12.12. вальвулотомией, вальвулопластикой и других виды лечения, выполненных без замены клапанов;
- 4.1.12.13. других методов лечения, выполненных без замены клапанов;
(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 4.1.12.14.–4.1.12.23.))
- 4.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (C70-C72);
- 4.1.12.15. рассеянным склерозом (международный классификационный код болезни-10: G35-G37);
- 4.1.12.16. синдромом Гийена-Барре;
- 4.1.12.17. болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями нервной системы (международный классификационный код болезни-10: G30-G31);
- 4.1.12.18. поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (международный классификационный код болезни-10: G50-G59, M45-M54);
- 4.1.12.19. церебральными расстройствами, вызванными мигренью;
- 4.1.12.20. церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;
- 4.1.12.21. сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв;
- 4.1.12.22. приступами вертебробазилярной ишемии;
- 4.1.12.23. болезнью моторных нейронов — ALS (международный классификационный код болезни-10: G12.2).
- 4.2. Не принимаются на страхование лица, у которых/которые:**
- 4.2.1. есть или когда-либо были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;
- 4.2.2. были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;
- 4.2.3. ожидают результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования (если иное не предусмотрено договором страхования);
- 4.2.4. были диагностированы до вступления договора страхования в силу: воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени.

32. Программа добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний Онко++ и КЗ в РФ»

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) по поводу **онкологических и критических заболеваний**, диагностированных впервые в период действия договора страхования с учетом действия периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования), при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия Договора страхования (полиса) или иного срока, предусмотренного Договором страхования (полисом), после подтверждения поставленного диагноза, указанного в настоящей Программе (обращение в медицинское учреждение для лечения, вследствие постановления которого является страховым случаем);
- диагноз, требующий лечения, подтвержден профильными специалистами, привлеченными Сервисной компанией (уполномоченным представителем Страховщика), на основании данных необходимых и достаточных медицинских исследований;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора и/или на протяжении периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования);
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится в соответствии с **территорией страхования**;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 3 настоящей Программы.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.

1. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

- 1.1. В отношении лечения онкологических заболеваний:** за рубежом (весь мир, за исключением США) или в РФ при нежелании/невозможности лечения за рубежом.
- 1.2. В отношении лечения критических заболеваний:** Российская Федерация.

2. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

2.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

2.1.1. Лечение онкологических заболеваний

Онкологическое заболевание — опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09).

Диагноз, требующий лечения, должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования (исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства).

В случае, если хирургическое вмешательство необходимо для получения гистологического материала для полного удаления опухоли, оно будет организовано и оплачено до верификации диагноза.

2.1.2. Лечение критических заболеваний

2.1.3. Кардиология:

- **Аортокоронарное шунтирование**

Аортокоронарное шунтирование является прямым оперативным вмешательством на сердце, рекомендованное кардиологом или кардиохирургом, и выполненное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии двух или более коронарных артерий путем введения анастомозов между аортой и пораженной коронарной артерией и между молоч-

ной железой и пораженной коронарной артерией. Операция должна выполняться при наличии коронарной ангиографии.

- **Ишемия сердца** — Международный классификационный код болезни-10: I20-I25.
- **Протезирование клапанов сердца с приобретенным пороком сердца**

Операция протезирования сердечного клапана с пороком сердца является прямым оперативным вмешательством сердца с открытым доступом (торакотомия), рекомендованная кардиологом или кардиохирургом и проводимая кардиохирургом для замены одного или нескольких пораженных сердечных клапанов искусственным клапаном или восстановление одного или нескольких клапанов сердца из-за стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний.

- **Порок сердца** — Международный классификационный код болезни-10: I34-I39.

2.1.4. Нейрохирургия — оперативное вмешательство при заболеваниях центральной нервной системы (головного и спинного мозга):

- Доброкачественные опухоли головного и спинного мозга (международный классификационный код болезни-10: D32, D33, D35.2);
- сосудистая патология головного и спинного мозга (международный классификационный код болезни-10: I60-I69, I72.0, I72.5, Q28.0-Q28.8);
- Доброкачественные новообразования оболочки головного мозга (международный классификационный код болезни-10: D32);
- доброкачественные новообразования гипофиза (международный классификационный код болезни-10: D35.2);
- Ангиомы головного мозга (международный классификационный код болезни-10: D18);
- болезнь Паркинсона (хирургическое лечение — если указано) (код международной классификации болезни-10: G20-G26);

2.2. Покрываемые расходы:

В соответствии с настоящей Программой будут оплачены следующие расходы, возникшие (возникающие) в связи с подпадающими под действие страхования заболеваниями и методами лечения (п. 2.1. Программы):

2.2.1. Медицинские расходы. Возмещаются расходы при лечении в медицинском учреждении (далее — МУ), в соответствии с согласованным планом лечения, в отношении следующего:

- 2.2.1.1. размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 2.2.1.2. прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях;
- 2.2.1.3. использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 2.2.1.4. на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо предписание покрыты согласно настоящей Программе и предусмотрены в данном МУ;
- 2.2.1.5. на лечение у врача — в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 2.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 2.2.1.7. в связи с оказанием Застрахованному следующих медицинских услуг:
 - 2.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
 - 2.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной томографии, проведение радиотерапии и химиотерапии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки диагноза, лечения онкологических и критических заболеваний, включая проведение сложных хирургических операций в соответствии с назначением лечащего врача и/или с согласованным планом лечения;
 - 2.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

2.2.1.7.4. расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций;

2.2.1.7.5. в связи с использованием медицинских препаратов по назначению Врача во время госпитализации;

2.2.1.7.6. в связи с медицинской транспортировкой наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;

2.2.1.7.7. в связи с оказанием услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;

2.2.1.7.8. в связи с оказанием медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.

2.2.2. Медико-транспортные и иные расходы.

2.2.2.1. Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:

2.2.2.1.1. вся подготовка к поездке осуществляется Сервисной компанией — уполномоченным представителем Страховщика; Страховщик не компенсирует прочие расходы по подготовке к поездке со стороны Застрахованного лица или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного;

2.2.2.1.2. Сервисная компания отвечает за определение дат отъезда/приезда и сроков поездки с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у него было время для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.1.3. при изменении Застрахованным дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика и/или Сервисной Компании, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.1.4. транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам лечения), включают: перелет/проезд, такси от/до аэропорта/вокзала, перемещение к месту лечения при удаленном проживании, в том числе специальный медицинский авиарейс, скорая помощь. Уровень сервиса — бизнес-класс;

2.2.2.2. Возмещаются расходы в связи с размещением Застрахованного и одного сопровождающего лица исключительно с целью получения лечения с одобрения Сервисной компанией. Все действия по размещению осуществляются Сервисной компанией; Страховщик не компенсирует прочие расходы по размещению со стороны Застрахованного или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного. При этом:

2.2.2.2.1. Сервисная компания определяет даты и сроки пребывания в МУ с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки заранее согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у последнего было достаточно времени для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.2.2. Сервисная компания устанавливает дату возвращения с учетом завершения лечения и с согласия лечащего Врача;

2.2.2.2.3. при изменении Застрахованным установленных дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный компенсирует Страховщику и/или Сервисной компании все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.2.4. оплачивается проживание в стандартном номере в гостинице категории 4 звезды. Выбор отеля осуществляется с учетом доступности и его близости к МУ или лечащему врачу;

2.2.2.2.5. расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице не компенсируются;

2.2.2.2.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30⁴³ (тридцати) календарных дней.

2.2.2.3. В случае смерти Застрахованного в ходе получения лечения, предусмотренного по Договору, Сервисная компания организует, а Страховщик оплачивает расходы на репатриацию умершего к месту его постоянного проживания или захоронения. Компенсация указанных расходов ограничивается только расходами на услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего и его транспортировки, в том числе:

2.2.2.3.1. услуги похоронного бюро по репатриации, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов.

2.2.2.3.2. обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;

2.2.2.3.3. транспортировку тела умершего от аэропорта или железнодорожного вокзала до места его постоянного проживания или назначенного места захоронения в России.

2.2.2.4. Возмещаются расходы или часть расходов на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации (или на территории страны лечения)⁴⁴, рекомендованные Застрахованному к применению его лечащим врачом согласно плану лечения, при одновременном выполнении следующих условий:

2.2.2.4.1. наличие рецепта от лечащего врача и/или выписки из истории болезни;

2.2.2.4.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны, где проводится лечение, и находятся в свободной продаже в данной стране.

2.2.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

2.2.3.1. телефонный медицинский пулть 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора;

2.2.3.2. справочно-консультационная помощь по вопросам:

- условий урегулирования страховых случаев по договору страхования;
- действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с реализацией прав на медицинскую помощь, получения медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной с договором страхования;

2.2.3.3. содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;

2.2.3.4. организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;

2.2.3.5. организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;

2.2.3.6. верификация поставленного диагноза согласно предоставленным материалам, включая анализ предоставленного биологического материала, и информирование Застрахованного о результатах;

2.2.3.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

2.2.3.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

2.2.3.9. второе медицинское мнение от российских или зарубежных специалистов в случае необходимости или при желании Застрахованного;

2.2.3.10. организация и оплата перевода представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);

2.2.3.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующейся на лечении данного заболевания;

⁴³ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

⁴⁴ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрена конкретная территория приобретения лекарств, расходы или часть расходов на приобретение которых возмещается. В таком случае соответствующая территория указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

- 2.2.3.12. подготовка предварительного плана лечения;
 - 2.2.3.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
 - 2.2.3.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
 - 2.2.3.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора при поездке в целях лечения за пределы РФ) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу зарубежной визы;
 - 2.2.3.16. согласования сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
 - 2.2.3.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
 - 2.2.3.18. размещения Застрахованного, сопровождающего его лица в стране пребывания: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного — при амбулаторном лечении), исключая питание;
 - 2.2.3.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
 - 2.2.3.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии — по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
 - 2.2.3.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
 - 2.2.3.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
 - 2.2.3.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
 - 2.2.3.24. предоставление психологической и юридической поддержки для Застрахованного и членов его семьи;
 - 2.2.3.25. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
 - 2.2.3.26. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
 - 2.2.3.27. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 2.3. В случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 2.1. входящие в программу расходы по организации лечения на территории, указанной в настоящей Программе, могут возмещаться в рамках лимитов, установленных договором страхования⁴⁵.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.
- 3.2. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) о поставленном диагнозе в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после установления Застрахованному диагноза заболевания, указанного в Программе страхования.
- 3.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.
- 3.4. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя — Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

⁴⁵ Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

3.5. Для организации медицинских услуг в соответствии с настоящей Программой Застрахованный предоставляет Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) следующие документы:

3.5.1. уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного, получателя страховой выплаты;

3.5.3. согласие (декларация) Застрахованного (если предусмотрено договором страхования);

3.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние 5 (пять) лет;

3.5.6. выписка из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

3.5.7. медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);

3.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

3.5.9. направление лечащего врача на лечение (при наличии).

3.6. При необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) имеет право запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, в медицинских учреждениях и в других предприятиях, учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

3.7. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) проводит анализ полученных документов, организует верификацию диагноза и принимает решение о признании/непризнании случая страховым.

3.8. Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) обеспечивает проведение верификации диагноза по обращению Застрахованного лица с заявлением о страховом случае по диагнозу «Онкологическое заболевание» в срок не более 14 (четырнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых для верификации диагноза документов, биоматериала Застрахованного (биопсия или гистология) и подписанного согласия на обработку персональных данных. Медицинскую организацию для верификации диагноза подбирает Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) с учетом оснащения, уровня специалистов, проводящих процедуру, а также специфики клинического случая и локализации онкологического процесса.

3.9. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в течение 3-х рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов, необходимых для дополнительного предоставления.

3.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

3.11. В случае если для забора гистологического материала необходимо оперативное вмешательство с целью удаления новообразования полностью, оно будет организовано в рамках Программы до верификации диагноза.

3.12. При признании случая нестраховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 2.1. Программы) Страховщик письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

3.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем — Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и в соответствии с территорией страхования.

3.14. В рамках Программы Сервисной компанией может быть предоставлена услуга «Второе медицинское мнение» от российских или зарубежных экспертов по желанию Застрахованного. Для этого Застрахованный предоставляет по запросу Сервисной компании список документов, согласованный с Сервисной компанией, для составления медицинского файла и его передачи эксперту. После этого Застрахованный получает заключение эксперта на русском языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

3.15. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в срок до 10 (десяти) рабочих дней осуществляет:

3.15.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

3.15.2. получение от соответствующего МУ подтверждения для направления Застрахованного для получения медицинских услуг и индивидуального плана;

3.15.3. согласование индивидуального плана лечения;

3.15.4. формирование комплекта дополнительных услуг, необходимых для организации лечения Клиента: авиабилеты, трансфер, бронирования места проживания при амбулаторном лечении, предоставление услуг переводчика и пр.;

3.15.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

4.1. **Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также в следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):**

4.1.1. заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

4.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или были оказаны вне периода действия договора страхования;

4.1.3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

4.1.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;

4.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по ранее диагностированным (вне периода действия договора страхования) заболеваниям;

4.1.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям, диагностированным в период ожидания;

4.1.8. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

4.1.9. несения любых расходов в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры;

4.1.10. несения любых расходов на любые экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения;

4.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 2 настоящей Программы.

4.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:

(при диагностировании онкологического заболевания (пп. 4.1.12.1.–4.1.12.4.))

4.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;

4.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

4.1.12.3. плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;

4.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);

(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп. 4.1.12.5.–4.1.12.13.))

4.1.12.5. инфарктом миокарда с увеличением показателей тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;

4.1.12.6. безболевым инфарктом миокарда и не-Q инфарктом миокарда во всех локализациях;

4.1.12.7. баллонной ангиопластикой (дилатация), стентированием коронарных артерий;

4.1.12.8. использованием лазера;

4.1.12.9. других интраартериальных техник;

4.1.12.10. эндоскопических манипуляций;

4.1.12.11. нехирургических методов лечения;

4.1.12.12. вальвулотомией, вальвулопластикой и других виды лечения, выполненных без замены клапанов;

4.1.12.13. других методов лечения, выполненных без замены клапанов;

(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 4.1.12.14.–4.1.12.23.))

4.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (C70-C72);

4.1.12.15. рассеянным склерозом (международный классификационный код болезни-10: G35-G37);

4.1.12.16. синдромом Гийена-Барре;

4.1.12.17. болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями нервной системы (международный классификационный код болезни-10: G30-G31);

4.1.12.18. поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (международный классификационный код болезни-10: G50-G59, M45-M54);

4.1.12.19. церебральными расстройствами, вызванными мигренью;

4.1.12.20. церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;

4.1.12.21. сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв;

4.1.12.22. приступами вертебробазилярной ишемии;

4.1.12.23. болезнью моторных нейронов — ALS (международный классификационный код болезни-10: G12.2).

4.2. Не принимаются на страхование лица, у которых/которые:

4.2.1. есть или когда-либо были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;

4.2.2. были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;

4.2.3. ожидают результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования (если иное не предусмотрено договором страхования);

4.2.4. были диагностированы до вступления договора страхования в силу: воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени.

33. Программа добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний Онко++ и КЗ за рубежом»

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) по поводу **онкологических и критических заболеваний**, диагностированных впервые в период действия договора страхования с учетом действия периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования), при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия Договора страхования (полиса) или иного срока, предусмотренного Договором страхования (полисом), после подтверждения поставленного диагноза, указанного в настоящей Программе (обращение в медицинское учреждение для лечения, вследствие постановки которого является страховым случаем);
- диагноз, требующий лечения, подтвержден профильными специалистами, привлеченными Сервисной компанией (уполномоченным представителем Страховщика), на основании данных необходимых и достаточных медицинских исследований;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора и/или на протяжении периода ожидания (в случае, если период ожидания предусмотрен договором страхования);
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится в соответствии с **территорией страхования**;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 3 настоящей Программы.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.

1. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

За рубежом (весь мир, за исключением США) или в РФ при нежелании/невозможности лечения за рубежом.

2. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

2.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

2.1.1. Лечение онкологических заболеваний

Онкологическое заболевание — опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09).

Диагноз, требующий лечения, должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования (исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства).

В случае, если хирургическое вмешательство необходимо для получения гистологического материала для полного удаления опухоли, оно будет организовано и оплачено до верификации диагноза.

2.1.2. Лечение критических заболеваний

2.1.3. Кардиология:

- **Аортокоронарное шунтирование**

Аортокоронарное шунтирование является прямым оперативным вмешательством на сердце, рекомендованное кардиологом или кардиохирургом, и выполненное кардиохирургом для устранения стеноза или окклюзии двух или более коронарных артерий путем введения анастомозов между аортой и пораженной коронарной артерией и между молоч-

ной железой и пораженной коронарной артерией. Операция должна выполняться при наличии коронарной ангиографии.

- **Ишемия сердца** — Международный классификационный код болезни-10: I20-I25.
- **Протезирование клапанов сердца с приобретенным пороком сердца**

Операция протезирования сердечного клапана с пороком сердца является прямым оперативным вмешательством сердца с открытым доступом (торакотомия), рекомендованная кардиологом или кардиохирургом и проводимая кардиохирургом для замены одного или нескольких пораженных сердечных клапанов искусственным клапаном или восстановление одного или нескольких клапанов сердца из-за стеноза или недостаточности или комбинации этих состояний.

- **Порок сердца** — Международный классификационный код болезни-10: I34-I39.

2.1.4. Нейрохирургия — оперативное вмешательство при заболеваниях центральной нервной системы (головного и спинного мозга):

- доброкачественные опухоли головного и спинного мозга (международный классификационный код болезни-10: D32, D33, D35.2);
- сосудистая патология головного и спинного мозга (международный классификационный код болезни-10: I60-I69, I72.0, I72.5, Q28.0-Q28.8);
- доброкачественные новообразования оболочки головного мозга (международный классификационный код болезни-10: D32);
- доброкачественные новообразования гипофиза (международный классификационный код болезни-10: D35.2);
- ангиомы головного мозга (международный классификационный код болезни-10: D18);
- болезнь Паркинсона (хирургическое лечение — если указано) (код международной классификации болезни-10: G20-G26);

2.2. Покрываемые расходы:

В соответствии с настоящей Программой будут оплачены следующие расходы, возникшие (возникающие) в связи с подпадающими под действие страхования заболеваниями и методами лечения (раздел 2.1):

2.2.1. Медицинские расходы. Возмещаются расходы при лечении в медицинском учреждении (далее — МУ), в соответствии с согласованным планом лечения, в отношении следующего:

- 2.2.1.1. размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 2.2.1.2. прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях;
- 2.2.1.3. использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 2.2.1.4. на амбулаторное и (или) стационарное лечение, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо предписание покрыты согласно настоящей Программе и предусмотрены в данном МУ;
- 2.2.1.5. на лечение у врача — в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 2.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 2.2.1.7. в связи с оказанием Застрахованному следующих медицинских услуг:
 - 2.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
 - 2.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной томографии, проведение радиотерапии и химиотерапии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки диагноза, лечения онкологических и критических заболеваний, включая проведение сложных хирургических операций в соответствии с назначением лечащего врача и/или с согласованным планом лечения;
 - 2.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

2.2.1.7.4. расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций;

2.2.1.7.5. в связи с использованием медицинских препаратов по назначению Врача во время госпитализации;

2.2.1.7.6. в связи с медицинской транспортировкой наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;

2.2.1.7.7. в связи с оказанием услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;

2.2.1.7.8. в связи с оказанием медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.

2.2.2. Медико-транспортные и иные расходы.

2.2.2.1. Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:

2.2.2.1.1. вся подготовка к поездке осуществляется Сервисной компанией — уполномоченным представителем Страховщика; Страховщик не компенсирует прочие расходы по подготовке к поездке со стороны Застрахованного лица или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного;

2.2.2.1.2. Сервисная компания отвечает за определение дат отъезда/приезда и сроков поездки с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у него было время для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.1.3. при изменении Застрахованным дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика и/или Сервисной Компании, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.1.4. транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам лечения), включают: перелет/проезд, такси от/до аэропорта/вокзала, перемещение к месту лечения при удаленном проживании, в том числе специальный медицинский авиарейс, скорая помощь. Уровень сервиса — бизнес-класс;

2.2.2.2. Возмещаются расходы в связи с размещением Застрахованного и одного сопровождающего лица исключительно с целью получения лечения с одобрения Сервисной компанией. Все действия по размещению осуществляются Сервисной компанией; Страховщик не компенсирует прочие расходы по размещению со стороны Застрахованного или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного. При этом:

2.2.2.2.1. Сервисная компания определяет даты и сроки пребывания в МУ с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки заранее согласовываются и сообщаются Застрахованному для того, чтобы у последнего было достаточно времени для урегулирования всех личных вопросов;

2.2.2.2.2. Сервисная компания устанавливает дату возвращения с учетом завершения лечения и с согласия лечащего врача;

2.2.2.2.3. при изменении Застрахованным установленных дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный компенсирует Страховщику и/или Сервисной компании все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

2.2.2.2.4. оплачивается проживание в стандартном номере в гостинице категории 4 звезды. Выбор отеля осуществляется с учетом доступности и его близости к МУ или лечащему Врачу;

2.2.2.2.5. расходы на питание и непредвиденные расходы в гостинице не компенсируются;

2.2.2.2.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30⁴⁶ (тридцати) календарных дней.

2.2.2.3. В случае смерти Застрахованного в ходе получения лечения, предусмотренного по Договору, Сервисная компания организует, а Страховщик оплачивает расходы на репатриацию умершего к месту его постоянного проживания или захоронения. Компенсация указанных расходов ограничивается только расходами на услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего и его транспортировки, в том числе:

2.2.2.3.1. услуги похоронного бюро по репатриации, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов.

2.2.2.3.2. обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки;

2.2.2.3.3. транспортировку тела умершего от аэропорта или железнодорожного вокзала до места его постоянного проживания или назначенного места захоронения в России.

2.2.2.4. Возмещаются расходы или часть расходов на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации (или на территории страны лечения)⁴⁷, рекомендованные Застрахованному к применению его лечащим врачом согласно плану лечения, при одновременном выполнении следующих условий:

2.2.2.4.1. наличие рецепта от лечащего врача и/или выписки из истории болезни;

2.2.2.4.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны, где проводится лечение, и находятся в свободной продаже в данной стране.

2.2.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

2.2.3.1. телефонный медицинский пулть 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора;

2.2.3.2. справочно-консультационная помощь по вопросам:

- условий урегулирования страховых случаев по договору страхования;
- действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с реализацией прав на медицинскую помощь, получения медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной с договором страхования;

2.2.3.3. содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;

2.2.3.4. организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;

2.2.3.5. организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;

2.2.3.6. верификация поставленного диагноза согласно предоставленным материалам, включая анализ предоставленного биологического материала, и информирование Застрахованного о результатах;

2.2.3.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

2.2.3.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

2.2.3.9. второе медицинское мнение от российских или зарубежных специалистов в случае необходимости или при желании Застрахованного;

2.2.3.10. организация и оплата перевода представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);

2.2.3.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующейся на лечении данного заболевания;

⁴⁶ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

⁴⁷ Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрена конкретная территория приобретения лекарств, расходы или часть расходов на приобретение которых возмещается. В таком случае соответствующая территория указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования.

- 2.2.3.12. подготовка предварительного плана лечения;
 - 2.2.3.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
 - 2.2.3.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
 - 2.2.3.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора при поездке в целях лечения за пределы РФ) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу зарубежной визы;
 - 2.2.3.16. согласования сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
 - 2.2.3.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
 - 2.2.3.18. размещения Застрахованного, сопровождающего его лица в стране пребывания: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного — при амбулаторном лечении), исключая питание;
 - 2.2.3.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
 - 2.2.3.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии — по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
 - 2.2.3.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
 - 2.2.3.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
 - 2.2.3.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
 - 2.2.3.24. предоставление психологической и юридической поддержки для Застрахованного и членов его семьи;
 - 2.2.3.25. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
 - 2.2.3.26. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
 - 2.2.3.27. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 2.3. В случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 2.1. входящие в программу расходы по организации лечения на территории, указанной в настоящей Программе, могут возмещаться в рамках лимитов, установленных договором страхования⁴⁸.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону 8-800-100-44-40.
- 3.2. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) о поставленном диагнозе в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после установления Застрахованному диагноза заболевания, указанного в Программе страхования.
- 3.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.
- 3.4. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя — Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

⁴⁸ Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

3.5. Для организации медицинских услуг в соответствии с настоящей Программой Застрахованный предоставляет Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной компании) следующие документы:

3.5.1. уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного, получателя страховой выплаты;

3.5.3. согласие (декларация) Застрахованного (если предусмотрено договором страхования);

3.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;

3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние 5 (пять) лет;

3.5.6. выписка из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

3.5.7. медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);

3.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

3.5.9. направление лечащего врача на лечение (при наличии).

3.6. При необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) имеет право запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, в медицинских учреждениях и в других предприятиях, учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

3.7. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) проводит анализ полученных документов, организует верификацию диагноза и принимает решение о признании/непризнании случая страховым.

3.8. Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) обеспечивает проведение верификации диагноза по обращению Застрахованного лица с заявлением о страховом случае по диагнозу «Онкологическое заболевание» в срок не более 14 (Четырнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых для верификации диагноза документов, биоматериала Застрахованного (биопсия или гистология) и подписанного согласия на обработку персональных данных. Медицинскую организацию для верификации диагноза подбирает Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) с учетом оснащения, уровня специалистов, проводящих процедуру, а также специфики клинического случая и локализации онкологического процесса.

3.9. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в течение 3-х рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов, необходимых для дополнительного предоставления.

3.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

3.11. В случае, если для забора гистологического материала необходимо оперативное вмешательство с целью удаления новообразования полностью, оно будет организовано в рамках Программы до верификации диагноза.

3.12. При признании случая нестраховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 2.1. Программы) Страховщик письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

3.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем — Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и в соответствии с территорией страхования.

3.14. В рамках Программы Сервисной компанией может быть предоставлена услуга «Второе медицинское мнение» от российских или зарубежных экспертов по желанию Застрахованного. Для этого Застрахованный предоставляет по запросу Сервисной компании список документов, согласованный с Сервисной компанией, для составления медицинского файла и его передачи эксперту. После этого Застрахованный получает заключение эксперта на русском языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

3.15. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная компания) в срок до 10 (десяти) рабочих дней осуществляет:

3.15.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

3.15.2. получение от соответствующего МУ подтверждения для направления Застрахованного для получения медицинских услуг и индивидуального плана;

3.15.3. согласование индивидуального плана лечения;

3.15.4. формирование комплекта дополнительных услуг, необходимых для организации лечения Клиента: авиабилеты, трансфер, бронирования места проживания при амбулаторном лечении, предоставление услуг переводчика и пр.;

3.15.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

4.1. **Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также в следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):**

4.1.1. заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

4.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или были оказаны вне периода действия договора страхования;

4.1.3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

4.1.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;

4.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по ранее диагностированным (вне периода действия договора страхования) заболеваниям;

4.1.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям, диагностированным в период ожидания;

4.1.8. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;

4.1.9. несения любых расходов в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе либо доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате возникновения покрытого страхованием заболевания или проведения медицинской процедуры;

- 4.1.10. несения любых расходов на любые экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения;
- 4.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 2 настоящей Программы.
- 4.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
(при диагностировании онкологического заболевания (пп. 4.1.12.1.–4.1.12.4.))
- 4.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- 4.1.12.2. базально-клеточной карциномой;
- 4.1.12.3. плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- 4.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп. 4.1.12.5.–4.1.12.13.))
- 4.1.12.5. инфарктом миокарда с увеличением показателей тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;
- 4.1.12.6. безболевым инфарктом миокарда и не-Q инфарктом миокарда во всех локализациях;
- 4.1.12.7. баллонной ангиопластикой (дилатация), стентированием коронарных артерий;
- 4.1.12.8. использованием лазера;
- 4.1.12.9. других интраартериальных техник;
- 4.1.12.10. эндоскопических манипуляций;
- 4.1.12.11. нехирургических методов лечения;
- 4.1.12.12. вальвулотомией, вальвулопластикой и других виды лечения, выполненных без замены клапанов;
- 4.1.12.13. других методов лечения, выполненных без замены клапанов;
(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 4.1.12.14.–4.1.12.23.))
- 4.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (C70-C72);
- 4.1.12.15. рассеянным склерозом (международный классификационный код болезни-10: G35-G37);
- 4.1.12.16. синдромом Гийена-Барре;
- 4.1.12.17. болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями нервной системы (международный классификационный код болезни-10: G30-G31);
- 4.1.12.18. поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (международный классификационный код болезни-10: G50-G59, M45-M54);
- 4.1.12.19. церебральными расстройствами, вызванными мигренью;
- 4.1.12.20. церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;
- 4.1.12.21. сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв;
- 4.1.12.22. приступами вертебробазилярной ишемии;
- 4.1.12.23. болезнью моторных нейронов — ALS (международный классификационный код болезни-10: G12.2).
- 4.2. Не принимаются на страхование лица, у которых/которые:**
- 4.2.1. есть или когда-либо были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;
- 4.2.2. были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;
- 4.2.3. ожидают результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования (если иное не предусмотрено договором страхования);
- 4.2.4. были диагностированы до вступления договора страхования в силу: воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени.

34. Программа добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний в России»

По настоящей Программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) по поводу онкологических заболеваний, диагностированных впервые в период действия договора страхования, но не ранее окончания периода ожидания (в случае если период ожидания предусмотрен договором страхования) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования), и оплачивает те из них, которые выходят за рамки федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия Договора страхования (полиса) или иного срока, предусмотренного Договором страхования (полисом);
- диагноз, требующий лечения, подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования⁴⁹;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора, и/или на протяжении периода ожидания (в случае если период ожидания предусмотрен договором страхования)⁵⁰, или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования);
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- медицинские расходы не превышают размер страховой суммы;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- медицинские расходы возникли на территории РФ.
- Организация всех предусмотренных настоящей Программой услуг осуществляется врачами-специалистами круглосуточного медицинского пульта по телефону 8-800-100-44-40.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Покрываемые Программой заболевания:

Онкологическое заболевание — опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09).

1.2. Медицинские и иные услуги⁵¹:

1.2.1. Консультация ведущего врача-онколога по данной нозологии, лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для верификации диагноза и составления плана лечения.

1.2.2. Медицинские услуги в соответствии с согласованным планом лечения:

- консультации лечащего врача-онколога, консультация ведущего врача-онколога по данной нозологии;
- хирургическое и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;

⁴⁹ Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

⁵⁰ В случае диагностирования онкологического заболевания в течение периода ожидания, Застрахованному могут быть оказаны сервисные услуги по организации медицинской помощи без оплаты лечения (медицинские услуги оплачиваются за счет Застрахованного).

⁵¹ Медицинские услуги преимущественно оказываются в федеральных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в стационаре и в амбулаторно-поликлинических условиях;
 - пребывание в двух-трехместных палатах при госпитализации в рамках Программы.
- 1.2.3. Сохранение репродуктивного потенциала, путем забора биоматериала в случае выявления онкологического заболевания, для застрахованных в фертильном возрасте.

1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

- 1.3.1. Телефонный медицинский пульт 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора;
- 1.3.2. Справочно-консультационная помощь по вопросам:
- ранней диагностики и прохождения профилактических медицинских консультаций, осмотров и обследований, в том числе бесплатных, проводимых в рамках государственной программы диспансеризации;
 - условий урегулирования страховых случаев по страховому продукту;
 - действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанного с реализацией прав на медицинскую помощь, получения медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной со страховым продуктом;
- 1.3.3. Организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;
- 1.3.4. Содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;
- 1.3.5. Организация доступа к лучшим врачам по данной нозологии;
- 1.3.6. Консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием, консультации по плану лечения;
- 1.3.7. Консультации по выбору профильной медицинской организации;
- 1.3.8. Организация лечения и госпитализации в профильных федеральных медицинских организациях и иных профильных медицинских организациях;
- 1.3.9. Сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
- 1.3.10. Круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- 1.3.11. Информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
- 1.3.12. Информационная поддержка по пройденному лечению.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Медицинские услуги организуются и оказываются в федеральных профильных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В случае необходимости, но невозможности организовать оказание медицинских услуг, в соответствии с согласованным планом лечения, в рамках госгарантий, услуги будут оказаны за счет Страховщика.
- 2.2. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Страховщика (его уполномоченного представителя — Сервисной организации) 8-800-100-44-40.
- 2.3. В случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 1.1. настоящей Программы Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий заболевания.
- 2.4. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной организации) о поставленном диагнозе в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после установления Застрахованному диагноза заболевания, указанного в Программе страхования.

2.5. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной организации) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.

2.6. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя — Сервисной организации), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

2.7. Для организации медицинских услуг в соответствии с настоящей Программой Застрахованный предоставляет Страховщику (его уполномоченному представителю — Сервисной организации) следующие документы:

- Уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;
- копия страхового полиса и Приложения к нему (Информация, предоставляемая при активации) (если предусмотрено договором страхования);
- Согласие Страхователя (если предусмотрено договором страхования);
- оригинал документа, подтверждающего оплату страховой премии;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
- письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам — форма размещена на официальном сайте www.vtbins.ru;
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние 5 (пять) лет;
- выписка из онкологического диспансера по месту жительства);
- медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);
- результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;
- направление лечащего врача на лечение (при наличии);

При необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная организация) имеет право запросить, а Застрахованный обязан предоставить любые дополнительные документы по страховому случаю.

При необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная организация) имеет право запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, в медицинских учреждениях и в других предприятиях, учреждениях и организациях, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

2.8. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная организация) проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/непризнании случая страховым.

2.9. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная организация) письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов, необходимых для дополнительного предоставления.

2.10. После верификации диагноза и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная организация) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

2.11. В случае если для забора гистологического материала необходимо оперативное вмешательство с целью удаления новообразования полностью, оно будет организовано в рамках Программы до верификации диагноза.

2.12. При признании случая нестраховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 1.1. Программы) Страховщик (его уполномоченный представитель — Сервисная

организация) письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор профильной медицинской организации на территории Российской Федерации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем — Сервисной организацией) исходя из медицинской целесообразности.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также в случаях:

3.1.1. заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

3.1.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором страхования и/или были оказаны вне периода действия договора страхования;

3.1.3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком;

3.1.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретенных лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

3.1.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение;

3.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по ранее диагностированным (вне периода действия договора страхования) заболеваниям;

3.1.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям, диагностированным в период ожидания;

3.1.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:

- злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- базально-клеточной карциномой;
- плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);

3.1.9. предоставления Страхователем заведомо ложных сведений о Застрахованном при заключении договора страхования;

3.1.10. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

3.2. Не принимаются на страхование лица, у которых/которые:

3.2.1. есть или когда-либо были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;

3.2.2. были диагностированы любые формы злокачественных новообразований, рака, лейкемии, лимфомы;

3.2.3. ожидают результатов анализов в связи с подозрением на рак опухоли или другие новообразования (если иное не предусмотрено договором страхования);

3.2.4. были диагностированы до вступления договора страхования в силу: воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени.

35. Программа добровольного медицинского страхования «Ваш личный доктор 1»

По настоящей Программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового случая.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации проводятся с использованием сервиса «Онлайн доктор», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Медицинские и иные услуги

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Онлайн доктор», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на официальном сайте Страховщика VTBins.ru и на сайте Vtbins.onlinedoctor.ru (далее также – сайт «Онлайн доктор»), а именно⁵²:

- срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом⁵³, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 минут после запроса);
- плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра/терапевта и предварительной записи;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи

- организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной Медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы⁵⁴;
- содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы⁵⁵;
- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).

⁵² Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

⁵³ Для возраста 1-17 – врач-педиатр, для возраста 18-100 – врач-терапевт.

⁵⁴ Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного, или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС.

⁵⁵ Диагностические обследования и лечение оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС.

- 2.2. Информация о Медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн-консультации), их профессиональном образовании, квалификации и пр. размещена на сайте «Онлайн доктор».
- 2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):
- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
 - с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
 - путем обмена сообщениями и файлами;
 - по телефону.
- 2.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации.
- 2.5. Застрахованный (его представитель) до начала проведения онлайн-консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса «Онлайн доктор» через «Личный кабинет» Застрахованного.
- 2.6. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного (его представителя) о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.
- 2.7. Застрахованному (его представителю) предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного, **за исключением:**
- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
 - вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.
- 2.8. По результатам телемедицинской онлайн-консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».
- 2.9. Услуги в форме срочной онлайн-консультации дежурным врачом-консультантом могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно, услуги в форме онлайн-консультации по записи – врачом-консультантом (педиатром/терапевтом, профильным специалистом) только в заранее указанное при записи время.
- 2.10. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 3.1. Для получения услуг в рамках Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен активировать Полис на сайте VTBins.ru (в случае если в Полисе не указан Страхователь и Застрахованный) и зарегистрироваться на сайте «Онлайн доктор» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.
- 3.2. После регистрации на сайте «Онлайн доктор» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».
- 3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Онлайн доктор», который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться с врачом, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный (его пред-

ставитель) может отправлять прикрепленные медицинские документы для их просмотра врачом, который проводит онлайн-консультацию.

3.4. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при срочной консультации осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет». В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00⁵⁶. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации⁵⁷;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор»;

– происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 минут;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному. Застрахованному (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил (-а) заключение в системе «Онлайн доктор».

3.5. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при онлайн-консультации по записи осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет»;⁵⁸

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор», выбирает врача из списка врачей-консультантов, в том числе по указанию Застрахованного (его представителя), резервирует время врача;

– в обозначенное Застрахованным (его представителем) время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному. Застрахованному (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил (-а) заключение в системе «Онлайн доктор».

3.6. В случае повторной онлайн-консультации с выбранным врачом-консультантом Застрахованный (его представитель) может самостоятельно записаться на консультацию через «Личный кабинет».

3.7. В случае, если в момент, когда врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и врач не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством сервиса «Онлайн доктор» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «Онлайн доктор», врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей сервиса «Онлайн доктор», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного

⁵⁶ При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «Онлайн доктор».

⁵⁷ В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при регистрации, звонок будет перенаправлен в службу технической поддержки, которая после идентификации Застрахованного, изменит телефон для связи в «Личном кабинете», и именно по этому номеру перезвонит доктор.

⁵⁸ В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет), Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00.

(его представителя) в системе сервиса «Онлайн доктор». В случае если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему сервиса «Онлайн доктор», заявка на онлайн-консультацию считается завершенной и исполненной.

3.8. Никакие претензии относительно сроков проведения онлайн-консультации не принимаются, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса.

3.9. В случае если после отправки запроса Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «Онлайн доктор» по контактными данным, указанным на сайте «Онлайн доктор», либо через «Личный кабинет» до начала оказания услуги.

3.10. Для организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, рекомендованных врачом во время онлайн-консультации в рамках Программы, Застрахованный (его представитель) оставляет заявку на организацию необходимых услуг с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации.

4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на сайте «Онлайн доктор», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», представитель Застрахованного должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик.

4.1.1. 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 или Mac OS X;
- обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

4.1.2. При использовании мобильного телефона:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

4.2. Застрахованный (его представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис «Онлайн доктор» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Сервис «Онлайн доктор» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие⁵⁹, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений.

5.2. Организация приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения без письменных рекомендаций врача, по результатам онлайн-консультации в рамках Программы.

5.3. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

⁵⁹ Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

5.4. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

36. Программа добровольного медицинского страхования «Ваш личный доктор 2»

По настоящей Программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового случая.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации проводятся с использованием сервиса «Онлайн доктор», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Медицинские и иные услуги

1.1.1 Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Онлайн доктор», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на официальном сайте Страховщика VTBins.ru и на сайте Vtbins.onlinedoctor.ru (далее также – сайт «Онлайн доктор»), а именно⁶⁰:

- срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом⁶¹, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 минут после запроса);
- плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра/терапевта и предварительной записи;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.1.2 Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ), ФГБУ «Клиническая больница №1» УдП РФ и других ведущих медицинских учреждений⁶² – в количестве, определенном договором страхования за период действия договора страхования⁶³.

1.1.3 Прием (очная консультация) врачами узкой специализации в профильной Медицинской организации по медицинским показаниям и письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы, – не более 1 (одного) раза за период действия договора страхования.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи

- организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной Медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы⁶⁴;
- содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы⁶⁵;

⁶⁰ Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

⁶¹ Для возраста 1-17 – врач-педиатр, для возраста 18-100 – врач-терапевт.

⁶² Информация о врачах, оказывающих данную услугу, размещена на сайте «Онлайн доктор».

⁶³ Установленный лимит длительности консультации – до 30 мин.

⁶⁴ Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного, или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС.

⁶⁵ Диагностические обследования и лечение оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного, или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС.

- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).
- 2.2. Информация о Медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн-консультации), их профессиональном образовании, квалификации и пр. размещена на сайте «Онлайн доктор».
- 2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):
- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
 - с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
 - путем обмена сообщениями и файлами;
 - по телефону.
- 2.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации.
- 2.5. Застрахованный (его представитель) до начала проведения онлайн-консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса «Онлайн доктор» через «Личный кабинет» Застрахованного.
- 2.6. Во время проведения телемедицинской онлайн-консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного (его представителя) о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.
- 2.7. Застрахованному (его представителю) предоставляются телемедицинские онлайн-консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного, **за исключением:**
- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
 - вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.
- 2.8. По результатам телемедицинской онлайн-консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».
- 2.9. Услуги в форме срочной онлайн-консультации дежурным врачом-консультантом могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно, услуги в форме онлайн-консультации по записи – врачом-консультантом (педиатром/терапевтом, профильным специалистом) только в заранее указанное при записи время.
- 2.10. Телемедицинские онлайн-консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений могут быть оказаны Застрахованному только по записи через дежурного врача в заранее указанное при записи время.
- 2.11. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен активировать Полис на сайте www.VTBins.ru (в случае если в Полисе не указан Страхователь и Застрахованный) и зарегистрироваться на сайте «Онлайн доктор» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте «Онлайн доктор» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Онлайн доктор», который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться с врачом, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный (его представитель) может отправлять прикрепленные медицинские документы для их просмотра врачом, который проводит онлайн-консультацию.

3.4. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при срочной онлайн-консультации осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет». В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00⁶⁶. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации⁶⁷;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор»;

– происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 минут;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному. Застрахованному (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил (-а) заключение в системе «Онлайн доктор».

3.5. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при онлайн-консультации по записи осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет»;⁶⁸

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор», выбирает врача из списка врачей-консультантов, в том числе по указанию Застрахованного (его представителя), резервирует время врача;

– в обозначенное Застрахованным (его представителем) время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация;

⁶⁶ При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «Онлайн доктор».

⁶⁷ В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при регистрации, звонок будет перенаправлен в службу технической поддержки, которая после идентификации Застрахованного изменит телефон для связи в «Личном кабинете», и именно по этому номеру перезвонит доктор.

⁶⁸ В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет), Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00.

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному. Застрахованному (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил (-а) заключение в системе «Онлайн доктор».

3.6. В случае повторной онлайн-консультации с выбранным врачом-консультантом Застрахованный (его представитель) может самостоятельно записаться на онлайн-консультацию через «Личный кабинет»⁶.

3.7. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-экспертом осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет»;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор», выбирает врача из списка, в том числе по указанию Застрахованного (его представителя), резервирует время врача;

– в обозначенное Застрахованным (его представителем) время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному. Застрахованному (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил (-а) заключение в системе «Онлайн доктор»;

– в случае, если Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «Онлайн доктор» по контактными данным, указанным на сайте «Онлайн доктор», либо через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

3.8. В случае, если в момент, когда врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и врач не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством сервиса «Онлайн доктор» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «Онлайн доктор», врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей сервиса «Онлайн доктор», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «Онлайн доктор». В случае если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему сервиса «Онлайн доктор», заявка на онлайн-консультацию считается завершенной и исполненной.

3.9. Никакие претензии относительно сроков проведения онлайн-консультации не принимаются, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса.

3.10. В случае если после отправки запроса Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «Онлайн доктор» по контактными данным, указанным на сайте «Онлайн доктор», либо через «Личный кабинет» до начала оказания услуги.

3.11. Для организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, рекомендованных врачом во время онлайн-консультации в рамках Программы, Застрахованный (его представитель) оставляет заявку на организацию необходимых услуг с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации.

4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на сайте «Онлайн доктор», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», представитель Застрахованного должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик.

4.1.1. При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеочамера 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 или Mac OS X;
- обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

4.1.2. При использовании мобильного телефона:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия.

4.2. Застрахованный (его представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис «Онлайн доктор» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Сервис «Онлайн доктор» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие⁶⁹, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений – более количества, определенного договором страхования за период действия договора страхования.

5.2. Прием (очная консультация) врачами узкой специализации в профильной Медицинской организации по медицинским показаниям и письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы, – более 1 (одного) раза за период действия договора страхования.

5.3. Организация приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения без письменных рекомендаций врача, по результатам онлайн-консультации в рамках Программы.

5.4. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

5.5. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

⁶⁹ Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

37. Программа добровольного медицинского страхования «Ваш личный доктор плюс»

По настоящей Программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового случая. Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса «Онлайн доктор», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Медицинские и иные услуги

1.1.1 Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Онлайн доктор», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на официальном сайте Страховщика VTBins.ru и на сайте Vtbins.onlinedoctor.ru (далее также – сайт «Онлайн доктор»), а именно:⁷⁰

- срочные консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом⁷¹, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 минут после запроса);
- плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра/терапевта и предварительной записи;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.1.2. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ), ФГБУ "Клиническая больница №1" УдП РФ и других ведущих медицинских учреждений⁷² — в количестве, определенном договором страхования за период действия договора страхования⁷³.

1.1.3. Лабораторные исследования по назначению врача во время онлайн консультации не более 1 (одного) раза за период действия договора страхования:

Клинический анализ крови (с лейкоцитарной формулой), Скорость оседания эритроцитов (СОЭ), Общий анализ мочи с микроскопией осадка, Биохимия базовая (Аланинаминотрансфераза (АЛТ), Аспартатаминотрансфераза (АСТ), Билирубин общий, Билирубин не-прямой, Фосфатаза щелочная общая, Гамма-глутамилтранспептидаза (гамма-ГТ), Холестерин общий, Белок общий в сыворотке, Мочевина, Креатинин в сыворотке (с определением СКФ), Железо в сыворотке, Глюкоза (фторид)).

1.1.4. Прием (очная консультация) врачами узкой специализации в профильной Медицинской организации по медицинским показаниям и письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы, – не более 3 (трех) раз за период действия договора страхования.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам про-

⁷⁰ Консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

⁷¹ Для возраста 1-17 – врач-педиатр, для возраста 18-100 – врач-терапевт.

⁷² Информация о врачах, оказывающих данную услугу, размещена на сайте «Онлайн доктор»

⁷³ Установленный лимит длительности консультации – до 30 мин.

веденных онлайн-консультаций в рамках Программы.

1.2.2. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о порядке получения необходимых медицинских услуг, в рамках программы ОМС;
- о наличии государственных и коммерческих медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- о медицинских учреждениях, отвечающих требованиям клиента;
- о медицинских учреждениях в соответствии со спецификой заболевания;
- о медицинских учреждениях для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в частности, связанной со страховым случаем.

1.2.3. Услуги по организации медицинской помощи⁷⁴:

- Подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- Организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- Организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- Курация во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами медицинского пульта.

1.3. Информация о Медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн-консультации), их профессиональном образовании, квалификации и пр. размещена на сайте «Онлайн доктор».

1.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):

- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

1.5. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации.

1.6. Застрахованный (его представитель) до начала проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса «Онлайн доктор» через «Личный кабинет» Застрахованного.

1.7. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного (его представителя) о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

1.8. Застрахованному (его представителю) предоставляются телемедицинские консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного, **за исключением:**

⁷⁴ Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
 - вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.
- 1.9. По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».
- 1.10. Услуги в форме срочной консультации дежурным врачом-консультантом могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно, услуги в форме консультации по записи – врачом-консультантом (педиатром/терапевтом, профильным специалистом) только в заранее указанное при записи время.
- 1.11. Телемедицинские онлайн-консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений могут быть оказаны Застрахованному только по записи через дежурного врача в заранее указанное при записи время.
- 1.12. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.
- 1.13. Лабораторные исследования (п. 1.1.3. настоящей Программы) проводятся в сетях клинических лабораторий Хеликс, Гемотес, КДЛ и др., полный перечень с адресами опубликован на сайте «Онлайн доктор».

2. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Для получения услуг в рамках Программы страхования Застрахованный (его представитель) должен активировать Полис на сайте VTBins.ru и зарегистрироваться на сайте «Онлайн доктор» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.
- 2.2. После регистрации на сайте «Онлайн доктор» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».
- 2.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Онлайн доктор», который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный (его представитель) может ограничить либо открыть доступ к прикрепленным медицинским документам для их просмотра врачом, который проводит консультацию.
- 2.4. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при срочной консультации осуществляется следующим образом:
- Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную консультацию через «Личный кабинет». В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной консультации Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00⁷⁵. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации⁷⁶;
 - свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор»;
 - происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 минут;

⁷⁵ При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «Онлайн доктор»

⁷⁶ В случае звонка с номера телефона отличного от номера указанного при регистрации, звонок будет перенаправлен в службу технической поддержки, которая после идентификации застрахованного, изменит телефон для связи в «личном кабинете» и именно по этому номеру перезвонит доктор.

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

2.5. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при консультации по записи осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную консультацию через «Личный кабинет»;⁷⁷

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор», выбирает врача из списка врачей-консультантов, в том числе по указанию Застрахованного (его представителя), резервирует время врача;

– в обозначенное Застрахованным (его представителем) время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

2.6. В случае повторной консультации с выбранным врачом-консультантом Застрахованный (его представитель) может самостоятельно записаться на консультацию через «Личный кабинет»⁶.

2.7. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-экспертом осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель) отправляет запрос на срочную консультацию через «Личный кабинет»;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор», выбирает врача из списка, в том числе по указанию Застрахованного (его представителя), резервирует время врача;

– в обозначенное Застрахованным (его представителем) время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается консультация;

– по результатам консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному;

– в случае если Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «Онлайн доктор» по контактными данным, указанным на сайте «Онлайн доктор», либо через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.8. В случае, если в момент, когда врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и врач не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством сервиса «Онлайн доктор» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «Онлайн доктор», врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей сервиса «Онлайн доктор», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «Онлайн доктор». В случае если по прошествии

⁷⁷ В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет), Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00.

30 (тридцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему сервиса «Онлайн доктор», заявка на консультацию считается завершенной и исполненной.

2.9. Никакие претензии относительно сроков проведения консультации не принимаются, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса.

2.10. В случае если после отправки запроса Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения консультации, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «Онлайн доктор» по контактными данным, указанным на сайте «Онлайн доктор», либо через «Личный кабинет» до начала оказания услуги.

2.11. Для организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, рекомендованных врачом во время онлайн-консультации в рамках Программы, Застрахованный (его представитель) оставляет заявку на организацию необходимых услуг с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации.

2.12. Назначение лабораторных исследований (п. 1.1.3. настоящей Программы) проводится только врачом во время онлайн консультации. Застрахованный получает назначение в окне онлайн консультации, одновременно с информацией о лабораториях, в которых возможно пройти обследование и ссылкой на адреса. Застрахованный должен выбрать одну из предложенных сетей лабораторий и принять назначение нажатием кнопки «Принять», после этого ему придет номер заказа с которым он может обратиться в любое отделение выбранной сети лабораторий.

2.13. Если Застрахованный сомневается в выборе сети лабораторий, он может отложить решение на 24 часа от момента онлайн консультации. С адресами лабораторных отделений можно ознакомиться по ссылке в назначении или на сайте Vtbins.onlinedoctor.ru.

2.14. Номер заказа действителен в течение 30 дней после получения, по истечении 30 дней услуга будет считаться оказанной.

2.15. Если Застрахованный отклоняет (не принимает) назначение лабораторных исследований, возможность получить назначение повторно сохраняется до конца срока действия договора страхования.

2.16. Результаты назначенных в соответствии с программой лабораторных исследований загружаются в «Личный кабинет».

2.17. Для получения сервисных услуг, в соответствии с п. 1.2.2.–1.2.4. Программы, Застрахованный может оставить заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации или позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной организации _____.

2.18. Консультации по телефону осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта круглосуточно.

2.19. В случае необходимости организации медицинской помощи п. 1.2.3. программы Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульта.

2.20. Медицинские услуги п. 1.2.3. организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

3.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на сайте «Онлайн доктор», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», представитель Застрахованного должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик.

3.1.1. 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 или Mac OS X;
- обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с.

3.1.2. При использовании мобильного телефона:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия;

3.1.3. Для того что бы воспользоваться назначением лабораторных исследований (нажать кнопку «Принять») необходим смартфон с сенсорным экраном, компьютер, оснащенный компьютерной мышью или ноутбук с тачпадом.

3.2. Застрахованный (его представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис «Онлайн доктор» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

3.3. Сервис «Онлайн доктор» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие⁷⁸, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений – более количества, определенного договором страхования за период действия Договора страхования.

4.2. Прием (очная консультация) врачами узкой специализации в профильной Медицинской организации по медицинским показаниям и письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы, – более 3 (трех) раз за период действия Договора страхования.

4.3. Прием (очная консультация) и лабораторные исследования без письменных рекомендаций врача, по результатам онлайн консультации в рамках Программы.

4.4. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

4.5. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

⁷⁸ Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

38. Программа добровольного медицинского страхования «Медицинский советник 1»

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинские и иные услуги:

1.1.1. Дистанционные консультации (онлайн или по телефону) с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») — в количестве, определенном договором страхования за период действия договора страхования.

1.1.2. Предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам дистанционной консультации.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о наличии государственных и коммерческих медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- о медицинских учреждениях, отвечающих требованиям клиента;
- о медицинских учреждениях в соответствии со спецификой заболевания;
- о медицинских учреждениях для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной со страховым случаем.

1.2.2. Услуги по организации медицинских услуг⁷⁹:

- Подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- Организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- Организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- Курация во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами медицинского пульта.

1.2.3. Консультации психологов по вопросам связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного, не более 3 (трех) за период действия договора страхования.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной организации 8-800-707-53-01.

2.2. Консультации по телефону осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта круглосуточно.

⁷⁹ Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

2.3. Дистанционные консультации (онлайн или по телефону) с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») в соответствии с п. 1.1.1. настоящей Программы осуществляются врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, по направлению врачей медицинского пульта в заранее указанное при записи время.

2.4. Организация дистанционной консультации и запись осуществляется врачами медицинского пульта.

2.5. Дистанционные консультации по ранее поставленному диагнозу проводятся на основе предоставленной Застрахованным медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов по электронной почте.

2.6. По результатам дистанционной консультации врачом-консультантом будет составлена письменная рекомендация (заключение), которая направляется Застрахованному по электронной почте.

2.7. В случае если Застрахованный выразит желание отказаться от проведения дистанционной консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом врача медицинского пульта не позднее чем за 24 часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.8. В случае необходимости организации медицинской помощи в соответствии с п. 1.2.2. настоящей Программы, Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульта.

2.9. Медицинские услуги согласно п. 1.2.2. настоящей Программы организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

3.2. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в программу медицинского обслуживания: психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их последствия; СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); острые и хронические лучевые поражения; хронические гепатиты и их осложнения, цирроз печени, туберкулез;

3.3. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

39. Программа добровольного медицинского страхования «Медицинский советник 2»

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинские и иные услуги:

1.1.1. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») — в количестве, определенном договором страхования за период действия договора страхования.

1.1.2. Предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.1.3. Лечение осложнений, возникших в результате медицинских манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанных с дефектами их выполнения медицинским персоналом (ятрогенные осложнения), наступивших в результате организованного в рамках настоящей Программы лечения (п. 1.2.2.), в случае их возникновения в ближайшем послеоперационном периоде (с момента окончания операции до момента выписки Застрахованного из стационара):

- поствакцинальные абсцессы, нагноение швов;
- удаление инородных тел/предметов;
- термические ожоги и травмы;
- повторное оперативное лечение по поводу переломов, при дефекте оказания помощи во время первичного оперативного лечения;
- послеоперационная гематома (исключая внутричерепные)/послеоперационная серома (жидкостное образование);
- эвентрация послеоперационная (расхождение ран).

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о наличии государственных и коммерческих медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- о медицинских учреждениях, отвечающих требованиям клиента;
- о медицинских учреждениях в соответствии со спецификой заболевания;
- о медицинских учреждениях для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной со страховым случаем.

1.2.2. Услуги по организации медицинских услуг⁸⁰:

- подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;

⁸⁰ Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

- организация комплексного медицинского обследования в согласованной Медицинской организации;
- координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- курация во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами медицинского пульта.

1.2.3. Консультации психологов по вопросам, связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной организации 8-800-707-53-01.

2.2. Консультации по телефону осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта круглосуточно.

2.3. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») в соответствии с п. 1.1.1. настоящей Программы осуществляются врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, по направлению врачей медицинского пульта в заранее указанное при записи время.

2.4. Организация онлайн консультации и запись осуществляется врачами медицинского пульта.

2.5. Онлайн-консультации по ранее поставленному диагнозу проводятся на основе предоставленной Застрахованным медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов по электронной почте.

2.6. По результатам онлайн-консультации врачом-консультантом будет составлена письменная рекомендация (заключение), которая направляется Застрахованному по электронной почте.

2.7. В случае если Застрахованный выразит желание отказаться от проведения онлайн консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом врача медицинского пульта не позднее чем за 24 часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.8. В случае необходимости организации медицинской помощи в соответствии с п. 1.2.2. настоящей Программы, Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульта.

2.9. Медицинские услуги согласно п. 1.2.2. настоящей Программы организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.10. При необходимости получения услуг по лечению осложнений в соответствии с п. 1.1.3. настоящей Программы Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться на круглосуточный медицинский пульт, и предоставить по запросу врача медицинского пульта необходимую медицинскую информацию и документацию (при наличии).

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Лечение осложнений, возникших в результате медицинских манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанных с дефектами их выполнения медицинским персоналом (ятрогенные осложнения), в случае, если лечение не было организовано в рамках программы или в случае их возникновения после выписки Застрахованного из стационара.

3.2. Лечение осложнений, возникших в результате экстренного оперативного вмешательства, обострения хронических заболеваний, возникших в послеоперационном периоде,

генерализованная инфекция (сепсис).

3.3. Любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

3.4. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в программу медицинского обслуживания: психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их последствия; СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); острые и хронические лучевые поражения; хронические гепатиты и их осложнения, туберкулез.

3.5. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

40. Программа добровольного медицинского страхования «Медицинский советник 3»

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинские и иные услуги:

1.1.1. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») — в количестве, определенном договором страхования за период действия договора страхования.

1.1.2. Предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.1.3. Лечение осложнений, возникших в результате медицинских манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанных с дефектами их выполнения медицинским персоналом (ятрогенные осложнения), наступивших в результате организованного в рамках настоящей Программы лечения (п. 1.2.2.), в случае их возникновения в ближайшем послеоперационном периоде (с момента окончания операции до момента выписки Застрахованного из стационара):

- поствакцинальные абсцессы, нагноение швов;
- удаление инородных тел (предметов);
- термические ожоги и травмы;
- эвентрация послеоперационная (расхождение ран);
- повторное оперативное лечение по поводу переломов, при дефекте оказания помощи во время первичного оперативного лечения;
- послеоперационная гематома (исключая внутричерепные)/послеоперационная серома (жидкостное образование);
- послеоперационные анастомозиты (воспаление в области соединения) при операциях на желудочно-кишечном тракте;
- поддиафрагмальный абсцесс (гнойник);
- повреждение мочеточников при операциях на органах малого таза;
- острая задержка мочи, исключая острую почечную недостаточность, при полостных операциях на органах брюшной полости, при отсутствии у пациента аденомы простаты;
- разрушение дистального отдела тазобедренной кости при замене тазобедренного сустава;
- острый медиастенит (воспаление средостения) при операциях на органах средостения (пищевод, аорта) и грудной клетки;
- острый пневмоторакс (скопление воздуха в плевральной полости) при операциях на органах грудной клетки;
- повреждения грудного лимфатического протока при операциях на органах грудной полости;
- синдром Рейно послеоперационный;
- послеоперационный паротит (воспаление слюнной железы).

1.1.4. Медицинская репатриация или транспортировка до места жительства в случае необходимости и по медицинским показаниям при нахождении Застрахованного на территории РФ вне постоянного места жительства.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о наличии государственных и коммерческих медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- о медицинских учреждениях, отвечающих требованиям клиента;
- о медицинских учреждениях в соответствии со спецификой заболевания;

- о медицинских учреждениях для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной со страховым случаем.

1.2.2. Услуги по организации медицинских услуг⁸¹:

- подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;
- организация комплексного медицинского обследования в согласованной Медицинской организации;
- организация реабилитационно-восстановительного лечения;
- координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- курация во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами медицинского пульта.

1.2.3. Консультации психологов по вопросам связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного.

1.2.4. Услуги юриста по вопросам, связанным с медициной:

1.2.4.1. устные консультации по телефону в количестве, определенном договором страхования за период действия договора страхования по вопросам:

- медицинского права (право на лечение, приобретение медикаментов по ОМС);
- законодательства о защите прав потребителей (некачественный товар, ненадлежащая информация о товаре, навязывание услуг, недостатки выполненных работ);
- права на получение социальных налоговых вычетов на лечение, в том числе дорогостоящее (список необходимых документов для получения социального вычета, порядок действий для получения социального налогового вычета);
- представления интересов застрахованных по телефону (в т.ч. звонок врачу, глав. врачу, собственнику клиники с целью представления интересов клиента);
- о порядке предъявления претензий и запросов к медицинским учреждениям;
- разъяснения положений документов/договоров которые планирует подписать/подписал Застрахованный с медицинским учреждением.

1.2.4.2. письменные консультации в количестве, определенном договором страхования за период действия договора страхования:

- подготовка запросов в медицинские, фармацевтические учреждения об истребовании медицинских документов (справок, выписок из истории болезни), и любой другой медицинской документации, в отношении пациента;
- корректировка или составление договоров в сфере медицины (составление, исправление, заключение по договору) в отношении Застрахованного;
- подготовка/составление претензий в медицинские учреждения.

⁸¹ Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной организации 8-800-707-53-01.
- 2.2. Консультации по телефону осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта круглосуточно.
- 2.3. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») в соответствии с п. 1.1.1. настоящей Программы осуществляются врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, по направлению врачей медицинского пульта в заранее указанное при записи время.
- 2.4. Организация онлайн-консультации и запись осуществляется врачами медицинского пульта.
- 2.5. Онлайн-консультации по ранее поставленному диагнозу проводятся на основе предоставленной Застрахованным медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов по электронной почте.
- 2.6. По результатам онлайн-консультации врачом-консультантом будет составлена письменная рекомендация (заключение), которая направляется Застрахованному по электронной почте.
- 2.7. В случае если Застрахованный выразит желание отказаться от проведения онлайн-консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом врача медицинского пульта не позднее чем за 24 часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.
- 2.8. В случае необходимости организации медицинской помощи в соответствии с п. 1.2.2. настоящей Программы, Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульта.
- 2.9. Медицинские услуги согласно п. 1.2.2. настоящей Программы организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 2.10. При необходимости получения услуг по лечению осложнений в соответствии с п.1.1.3.настоящей Программы Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться на круглосуточный медицинский пульт, и предоставить по запросу врача медицинского пульта необходимую медицинскую информацию и документацию (при наличии).

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

- 3.1. Лечение осложнений, возникших в результате медицинских манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанных с дефектами их выполнения медицинским персоналом (ятрогенные осложнения), в случае, если лечение не было организовано в рамках программы или в случае их возникновения после выписки Застрахованного из стационара.
- 3.2. Лечение осложнений, возникших в результате экстренного оперативного вмешательства, обострения хронических заболеваний, возникших в послеоперационном периоде, генерализованная инфекция (сепсис).
- 3.3. Любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 3.4. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в программу медицинского обслуживания: психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их последствия; СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); острые и хронические лучевые поражения; хронические гепатиты и их осложнения, туберкулез.
- 3.5. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьяне-

НИЯ.

41. Программа добровольного медицинского страхования «Личный МедСоветник 1»

По настоящей Программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового случая.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса «Онлайн доктор», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Медицинские и иные услуги

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Онлайн доктор», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на сайте Vtbins.onlinedoctor.ru (далее также – сайт «Онлайн доктор»), а именно⁸²:

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса), в количестве, определенном договором страхования в период действия договора страхования;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») в количестве, определенном договором страхования в период действия договора страхования;
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

1.2.2. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о порядке получения необходимых медицинских услуг, в рамках программы ОМС;
- о наличии государственных и коммерческих медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- о медицинских учреждениях, отвечающих требованиям клиента;
- о медицинских учреждениях в соответствии со спецификой заболевания;
- о медицинских учреждениях для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной со страховым случаем.

1.2.3. Услуги по организации медицинской помощи⁸³:

⁸² Консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом.

⁸³ Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

- Подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- Организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- Организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- Курация во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами медицинского пульта.

1.2.4. Консультации психологов по телефону по вопросам связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного, не более 1 (одной) за период действия договора страхования.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, телефон (в дальнейшем – оборудование), которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).

2.2. Информация о Медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн-консультации), их профессиональном образовании, квалификации и пр. размещена на сайте «Онлайн доктор».

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного:

- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

2.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе медицинской информации и документации, предоставленной Застрахованным во время консультации.

2.5. Застрахованный во время проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса «Онлайн доктор» через «Личный кабинет» Застрахованного.

2.6. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

2.7. Застрахованному предоставляются телемедицинские консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного, **за исключением:**

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

2.8. По результатам телемедицинской консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».

2.9. Услуги в форме срочной консультации дежурным врачом-терапевтом могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно.

2.10. Услуга «Второе мнение» оказывается только в заранее указанное при записи время.

2.11. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг телемедицинских онлайн-консультаций в рамках Программы страхования Застрахованный должен зарегистрироваться на сайте «Онлайн доктор» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте «Онлайн доктор» Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Онлайн доктор», который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание услуг, связываться с врачом, получать устные и письменные консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный может ограничить либо открыть доступ к прикрепленным медицинским документам для их просмотра врачом, который проводит консультацию.

3.4. Связь Застрахованного с врачом-терапевтом при срочной консультации осуществляется следующим образом:

– Застрахованный отправляет запрос на срочную консультацию через «Личный кабинет». В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной консультации Застрахованный отправляет запрос по телефону **7(800)707-54-16**.⁸⁴ Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации⁸⁵;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер телефона Застрахованного, указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор»;

– происходит соединение врача с Застрахованным и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 минут;

– во время проведения консультации через «Личный кабинет» Застрахованный может показать врачу необходимый медицинский документ, выбрав его в разделе «Мои документы» или загрузив новый документ с диска в окне чата консультации;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Связь Застрахованного с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») осуществляется следующим образом:

– Застрахованный через «Личный кабинет» выбирает профильного врача из списка врачей-консультантов и записывается на консультацию. В случае невозможности записаться (отсутствует свободное время в расписании врача) необходимо воспользоваться кнопкой «запрос консультации».

– До начала проведения консультации Застрахованный загружает в «Личный кабинет» копии медицинских документов по диагнозу в отношении которого требуется консультация, с указанием этого диагноза.

– в обозначенное Застрахованным время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным и начинается онлайн-консультация;

⁸⁴ При этом способе связи Застрахованного может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «Онлайн доктор».

⁸⁵ В случае звонка с номера телефона отличного от номера указанного при регистрации, звонок будет перенаправлен в службу технической поддержки, которая после идентификации Застрахованного, изменит телефон для связи в «Личном кабинете» и именно по этому номеру перезвонит врач.

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.6. В случае если в момент, когда врач пытается связаться с Застрахованным, Застрахованного уже нет в системе (онлайн) и врач не смог связаться с Застрахованным посредством сервиса «Онлайн доктор» и не смог дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «Онлайн доктор», врач пытается связаться с Застрахованным посредством возможностей сервиса «Онлайн доктор», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного в системе сервиса «Онлайн доктор». В случае если по прошествии 30 (тридцати) минут Застрахованный не войдет в систему сервиса «Онлайн доктор», заявка на консультацию считается завершенной и исполненной.

3.7. Требования Застрахованного относительно сроков проведения консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный не направит запрос на проведение консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса или будет недоступен по телефону.

3.8. В случае, если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от проведения консультации, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «Онлайн доктор» по контактными данным, указанным на сайте «Онлайн доктор», либо через «Личный кабинет» до начала оказания услуги. Для получения сервисных услуг, в соответствии с п. 1.2.2. и 1.2.3. Программы, Застрахованный может оставить заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации или позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной организации 7(800)707-54-16.

3.9. Консультации по телефону осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта круглосуточно.

3.10. В случае необходимости организации медицинской помощи п. 1.2.3. программы Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульта.

3.11. Медицинские услуги п. 1.2.3. организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на сайте «Онлайн доктор», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик:

4.1.1. при использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеочамера 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 или Mac OS X;
- обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;
- канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с;

4.1.2. при использовании мобильных приложений:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия;

4.1.3. при заказе консультации по телефону:

- телефон, номер которого указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации.

4.2. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис «Онлайн доктор» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Сервис «Онлайн доктор» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие⁸⁶, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Срочные (телемедицинские) онлайн консультации дежурным врачом-терапевтом, более количества, определенного договором страхования в период действия договора страхования

5.2. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации врачей-терапевтов по предварительной записи.

5.3. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации профильных врачей-консультантов и врачей-экспертов.

5.4. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») более количества, определенного договором страхования в период действия договора страхования;

5.5. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

5.6. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

⁸⁶ Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

42. Программа добровольного медицинского страхования «Личный МедСоветник 2»

По настоящей Программе ООО СК «ВТБ Страхование» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового случая.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации проводятся с использованием сервиса «Онлайн доктор», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным и Медицинскими организациями с целью оказания последними медицинских услуг в режиме реального времени (онлайн).

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. Медицинские и иные услуги

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием сервиса «Онлайн доктор», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на сайте Vtbins.onlinedoctor.ru (далее также – сайт «Онлайн доктор»), а именно⁸⁷:

- срочные онлайн-консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трёх) минут после запроса);
- плановые онлайн-консультации врача-терапевта по предварительной записи;
- плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-терапевта и предварительной записи;
- онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

1.2.2. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о порядке получения необходимых медицинских услуг, в рамках программы ОМС;
- о наличии государственных и коммерческих медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- о медицинских учреждениях, отвечающих требованиям клиента;
- о медицинских учреждениях в соответствии со спецификой заболевания;
- о медицинских учреждениях для прохождения обследования;
- о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;
- по вопросам действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, связанных с получением медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в части, связанной со страховым случаем.

⁸⁷ Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом.

1.2.3. Услуги по организации медицинской помощи⁸⁸:

- Подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного с учетом медицинских показаний;
- Организация амбулаторно-поликлинических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Организация стоматологических услуг в согласованной Медицинской организации;
- Координация получения медицинских услуг, организованных в рамках программы;
- Организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- Курация во время плановой госпитализации, организованной в рамках программы врачами медицинского пульта.

1.2.4. Консультации психологов по телефону по вопросам связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного, не более 3 (трех) за период действия договора страхования.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).

2.2. Информация о Медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн-консультации), их профессиональном образовании, квалификации и пр. размещена на сайте «Онлайн доктор».

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного:

- с использованием видеосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи путем обмена сообщениями и файлами;
- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

2.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе медицинской информации и документации, предоставленной Застрахованным во время консультации.

2.5. Застрахованный во время проведения консультации предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием сервиса «Онлайн доктор» через «Личный кабинет» Застрахованного.

2.6. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

2.7. Застрахованному предоставляются телемедицинские консультации по всем медицинским вопросам, непосредственно связанным с личностью Застрахованного, **за исключением:**

- вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным дистанционным способом;
- вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

⁸⁸ Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

2.8. По результатам телемедицинской онлайн-консультации врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».

2.9. Услуги в форме срочной онлайн-консультации дежурным врачом-терапевтом могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно, услуги в форме онлайн-консультации по записи – врачом-консультантом (терапевтом, профильным специалистом) только в заранее указанное при записи время.

2.10. Услуга «Второе мнение» оказывается только в заранее указанное при записи время.

2.11. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг телемедицинских онлайн-консультаций в рамках Программы страхования Застрахованный должен зарегистрироваться на сайте «Онлайн доктор» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте «Онлайн доктор» Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Онлайн доктор», который позволяет Застрахованному направлять запрос на оказание услуг, связываться с врачом, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный может ограничить либо открыть доступ к прикрепленным медицинским документам для их просмотра врачом, который проводит онлайн-консультацию.

3.4. Связь Застрахованного с врачом-терапевтом при срочной консультации осуществляется следующим образом:

– Застрахованный отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Личный кабинет». В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной консультации Застрахованный отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00⁸⁹. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации⁹⁰;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер телефона Застрахованного, указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор»;

– происходит соединение врача с Застрахованным и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3-х минут;

– во время проведения онлайн-консультации через «Личный кабинет» Застрахованный может показать врачу необходимый медицинский документ, выбрав его в разделе «Мои документы» или загрузив новый документ с диска в окне чата консультации;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Связь Застрахованного с врачом-консультантом при онлайн-консультации по записи осуществляется следующим образом:

– Застрахованный отправляет запрос на срочную онлайн-консультацию через «Лич-

⁸⁹ При этом способе связи Застрахованного может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «Онлайн доктор».

⁹⁰ В случае звонка с номера телефона отличного от номера указанного при регистрации, звонок будет перенаправлен в службу технической поддержки, которая после идентификации Застрахованного, изменит телефон для связи в «Личном кабинете» и именно по этому номеру перезвонит врач.

ный кабинет»⁹¹;

- свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным с использованием сервиса «Онлайн доктор» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного, указанный при регистрации на сайте «Онлайн доктор», выбирает врача из списка врачей-консультантов, в том числе по указанию Застрахованного, резервирует время врача;
- в обозначенное Застрахованным время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным и начинается онлайн-консультация;
- по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.6. В случае повторной онлайн-консультации с выбранным врачом-консультантом Застрахованный может самостоятельно записаться на консультацию через «Личный кабинет».

3.7. Связь Застрахованного с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») осуществляется следующим образом:

- Застрахованный через «Личный кабинет» выбирает профильного врача из списка врачей-консультантов и записывается на консультацию. В случае невозможности записаться (отсутствует свободное время в расписании врача) необходимо воспользоваться кнопкой «запрос консультации».
- До начала проведения консультации Застрахованный загружает в «Личный кабинет» копии медицинских документов по диагнозу в отношении которого требуется консультация, с указанием этого диагноза.
- в обозначенное Застрахованным время в графике врача происходит соединение врача с Застрахованным и начинается онлайн-консультация;
- по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.8. В случае если в момент, когда врач пытается связаться с Застрахованным, Застрахованного уже нет в системе (онлайн) и врач не смог связаться с Застрахованным посредством сервиса «Онлайн доктор» и не смог дозвониться до Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «Онлайн доктор», врач пытается связаться с Застрахованным посредством возможностей сервиса «Онлайн доктор», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного в системе сервиса «Онлайн доктор». В случае если по прошествии 30 (тридцати) минут Застрахованный не войдет в систему сервиса «Онлайн доктор», заявка на консультацию считается завершенной и исполненной.

3.9. Требования Застрахованного относительно сроков проведения онлайн-консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса или будет недоступен по телефону.

3.10. В случае, если после отправки запроса Застрахованный захочет отказаться от проведения консультации, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «Онлайн доктор» по контактными данным, указанным на сайте «Онлайн доктор», либо через «Личный кабинет» до начала оказания услуги. Для получения сервисных услуг, в соответствии с п. 1.2.2. и 1.2.3. настоящей Программы, Застрахованный может оставить заявку на консультацию с контактами для обратной связи врачу во время онлайн-консультации или позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной организации

3.11. Консультации по телефону осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта круглосуточно.

⁹¹ В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет), Застрахованный отправляет запрос по телефону 8-800-333-28-00.

3.12. В случае необходимости организации медицинской помощи п. 1.2.3. программы Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульта.

3.13. Медицинские услуги п. 1.2.3. организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью регистрации на сайте «Онлайн доктор», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик:

4.1.1. при использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеочамера 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 или Mac OS X;
- обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии;

– канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/с;

4.1.2. при использовании мобильных приложений:

- iOS 8.0 или более поздняя версия;
- Android 4.1 или более поздняя версия;

4.1.3. при заказе консультации по телефону:

- телефон, номер которого указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации.

4.2. Застрахованный самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис «Онлайн доктор» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Сервис «Онлайн доктор» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие⁹², такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов.

5.2. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

5.3. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

5.4. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в программу медицинского обслуживания: психические заболевания, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их последствия; СПИД и болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); острые и хронические лучевые поражения; хронические гепатиты и их осложнения, туберкулез.

⁹² Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».