

**УТВЕРЖДАЮ**  
Генеральный директор  
ООО СК «ВТБ Страхование»

подписано Г.А. Гальперин  
(личная подпись)  
12.12.2018 года

**ПРАВИЛА  
ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**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 .....	6
7.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	7
8.	УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА .....	7
9.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	8
10.	ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	9
11.	ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ .....	10
12.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ .....	12
13.	ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ .....	12
14.	ПРИЛОЖЕНИЯ .....	12

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила общего добровольного медицинского страхования (далее – Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее – РФ) и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» (ООО СК «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 настоящими Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов РФ, 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).

**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.

**Период охлаждения** – период времени, в течение которого Страхователь вправе отказаться от договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии частично либо в полном объеме, при условии, что на дату отказа от договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. Условия осуществления возврата страховой премии (части страховой премии) устанавливаются договором страхования.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** – ООО СК «ВТБ Страхование», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством РФ 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 индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

2.3. **Застрахованный, Застрахованное лицо** – 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, требующего 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. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

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

4.3.1. 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 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.

4.4. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, а также перечень медицинских и иных услуг, которые не оплачиваются Страховщиком, определяются выбранной Страхователем Программой (Приложение № 1 к настоящим 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.

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

4.6. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, 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 РФ.

## 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 либо в иностранной валюте.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в отношении каждого Застрахованного. Договором страхования могут быть предусмотрены лимиты страхового возмещения (по договору или по одному страховому случаю) в отношении отдельного вида медицинской помощи (медицинские и иные услуги) и т.п.

5.3. 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).

5.4. **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 страхования.

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.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

5.10.1. для Страхователей – юридических лиц и индивидуальных предпринимателей:  
в момент поступления всей суммы страховой премии (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) или внесения всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика либо его официального представителя при уплате наличными деньгами;

5.10.2. для Страхователей – физических лиц:

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

в момент получения всей суммы страховой премии (страхового взноса) или внесения всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика либо его официального представителя при уплате наличными деньгами.

5.11. 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

5.12. 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.

5.13. 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), если договором страхования не предусмотрено иное.

## 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.

При заключении договора страхования Страховщик вправе провести обследование страхуемых лиц (потенциальных Застрахованных) для оценки фактического состояния их здоровья. Расходы по такому обследованию могут быть возложены на Застрахованных. В случае если страхуемое лицо отказывается от проведения обследования, договор страхования в отношении такого лица не заключается.

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 (двадцати четырех) 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 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 не предоставления, 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. 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. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

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

10.3. При досрочном отказе Страхователя – физического лица от договора страхования:

10.3.1. в течение периода охлаждения, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика в полном или частичном 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;

10.3.2. 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 (Полис);

– копию документа, удостоверяющего личность Страхователя (при направлении указанного пакета документов Страховщику или уполномоченному представителю Страховщика средствами почтовой связи);

10.3.3. 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;

10.3.4. Договор страхования прекращает свое действие:

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

– 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;

10.3.5. 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;

10.3.6. 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. 10.5. настоящих Правил, если иное не предусмотрено договором страхования.

10.4. Если договором страхования предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя 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 выплачено страховое возмещение или Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) заявлен страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.5. 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.

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

10.7. Страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на основании настоящих Правил, прекращается с даты истечения срока действия договора страхования.

10.8. Если по договору страхования 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.

11.4. 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

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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.

11.4.1. 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).

11.4.2. Страховщик при необходимости запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, 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.

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

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

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

11.5.3. по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

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

11.5.5. иных методов, предложенных медицинскими и иными организациями.

11.6. Если договором страхования не предусмотрено иное, при страховании с валютным эквивалентом страховое возмещение выплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для соответствующей валюты на дату оплаты медицинских и иных услуг Страховщиком.

11.6.1. При этом применяются 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. 11.6. настоящих Правил;

– если причиненный ущерб определяется в валюте, в которой установлена страховая сумма, то выплаты производятся в рублях в соответствии с п. 11.6. 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.

11.7. Если договором страхования не предусмотрено иное, при страховании по Программе/договору страхования, предусматривающей 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.

11.8. Общая сумма страховых выплат по одному или нескольким 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, если иное не предусмотрено договором страхования.

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются в установленном законодательством РФ порядке.

## **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 реализацией 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 (варианты №№ 1 – 27);

Приложение № 2 – Типовая форма заявления на добровольное медицинское страхование;

Приложение № 3 – Типовая форма договора добровольного медицинского страхования;

Приложение № 4 – Типовая форма полиса добровольного медицинского страхования;

Приложение № 5 – Размеры базовых тарифных ставок.

## **Программы добровольного медицинского страхования:**

### **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 1а**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием Сервиса Партнера, 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 Партнера, проводимые врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на официальном сайте Страховщика и сайте Партнера, а именно:<sup>1</sup>

- срочные консультации дежурным врачом-педиатром, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса);
- плановые онлайн консультации врачом-педиатром по предварительной записи;
- плановые онлайн консультации профильным врачом-специалистом по рекомендации врача-педиатра и предварительной записи;
- онлайн консультации с врачами 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 Программы;<sup>2</sup>
- содействие в организации диагностических обследований и лечения, по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн консультации в рамках Программы;<sup>3</sup>
- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняется история обращений по Застрахованному ребенку 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).

<sup>1</sup> Консультация может проходить в видео/аудио формате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации 15 (пятнадцать) мин.

<sup>2</sup> Прием врача организуется в рамках программы ОМС или оплачивается за счет средств представителя застрахованного.

<sup>3</sup> Диагностические обследования и лечение организуется в рамках программы ОМС или оплачивается за счет средств представителя Застрахованного.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.2. Информация о медицинских организациях и врачах, предоставляющих медицинские услуги (телемедицинские онлайн консультации), их профессиональном образовании, квалификации и пр., размещены на сайте Партнера.

2.3. Телемедицинские онлайн консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору представителя 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 предоставленной представителем Застрахованного медицинской информации и документации.

2.5. Представитель Застрахованного 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 Партнера через «Личный кабинет» Застрахованного.

2.6. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует представителя 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. Представителю Застрахованного 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 могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно, услуги в форме консультации по записи – врачом (педиатром, 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 учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

### 3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования представитель Застрахованного должен активировать полис на сайте Страховщика и зарегистрироваться на сайте Партнера в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте Партнера представитель Застрахованного переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте Партнера, который позволяет представителю Застрахованного 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.). Представитель Застрахованного может ограничить, либо открыть доступ к прикрепленным медицинским документам для их просмотра врачом, который проводит консультацию.

3.4. Связь представителя Застрахованного с врачом при срочной консультации осуществляется следующим образом:

- представитель Застрахованного 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 представитель Застрахованного отправляет запрос по телефону<sup>4</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации;
- свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с представителем Застрахованного, с использованием сервиса Партнера, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона представителя Застрахованного, указанного при регистрации на сайте Партнера;
- происходит соединение врача с представителем Застрахованного и начинается онлайн консультация. Время ожидания составляет не более 3-5 (трех-пяти) минут;
- по результатам онлайн консультации, врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного, с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Связь представителя Застрахованного с врачом при консультации по записи осуществляется следующим образом:

- представитель Застрахованного отправляет запрос на срочную консультацию через «Личный кабинет»;
- свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с представителем Застрахованного, с использованием сервиса Партнера, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона представителя Застрахованного, указанного при регистрации на сайте Партнера, выбирает врача из списка, в том числе по указанию представителя Застрахованного, резервирует время врача;
- в обозначенное представителем Застрахованного время в графике врача происходит соединение врача с представителем Застрахованного 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 консультации с выбранным врачом, представитель Застрахованного может самостоятельно записаться на консультацию через «Личный кабинет».

3.7. В случае если в момент, когда врач пытается связаться с представителем Застрахованного, представителя Застрахованного уже нет в системе (онлайн), и врач не смог связаться с представителем Застрахованного посредством сервиса Партнера и не смог дозвониться до представителя Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте Партнера, врач пытается связаться с представителем Застрахованного посредством возможностей сервиса Партнера, в том числе путем отслеживания присутствия представителя Застрахованного в системе сервиса Партнера. В случае если по прошествии 30 (тридцати) минут представитель Застрахованного не войдет в систему сервиса Партнера, заявка на консультацию считается завершенной и исполненной.

3.8. Никакие претензии относительно сроков проведения консультации не принимаются, если представитель Застрахованного не направит запрос на проведение консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса.

3.9. В случае если после отправки запроса представитель Застрахованного захочет отказаться от проведения консультации, он обязан уведомить об этом Администратора Сервиса по контактными данным, указанным на сайте Партнера, 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, представитель Застрахованного оставляет заявку на организацию

---

<sup>4</sup> При этом способе связи представитель Застрахованного может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн Сервиса Партнера.

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 Партнера, получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями использования 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 1024x720 (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/сек.

4.1.2. При использовании Мобильного телефона:

- модель мобильного телефона Apple Iphone 4 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями.

4.2. Представитель Застрахованного самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис Партнера и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за Оборудования Клиента.

4.3. Сервис Партнера перед оказанием услуг проводит проверку Оборудования на соответствие, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

#### **5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

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

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

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



## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 16

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием Сервиса Партнера, 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 Партнера, проводимые врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на официальном сайте Страховщика и на Сайте Партнера, а именно:<sup>5</sup>

- срочные консультации дежурным врачом-педиатром, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса);
- плановые онлайн консультации врачом-педиатром по предварительной записи;
- плановые онлайн консультации профильным врачом-специалистом по рекомендации врача-педиатра и предварительной записи;
- онлайн консультации с врачами 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 узких специалистов Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ) и других ведущих медицинских учреждений<sup>6</sup> – в количестве, определенном договором страхования<sup>7</sup>.

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 Программы;<sup>8</sup>
- содействие в организации диагностических обследований и лечения, по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн консультации в рамках Программы;<sup>9</sup>
- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняется история обращений по Застрахованному ребенку и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн консультаций в рамках Программы.

<sup>5</sup> Консультация может проходить в видео/аудио формате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации 15 (пятнадцать) мин..

<sup>6</sup> Информация о врачах, оказывающих данную услугу, размещена на сайте \_\_\_\_\_.

<sup>7</sup> Установленный лимит длительности консультации до 30 (тридцати) мин.

<sup>8</sup> Прием врача организуется в рамках программы ОМС или оплачивается за счет средств представителя застрахованного.

<sup>9</sup> Диагностические обследования и лечение организуется в рамках программы ОМС или оплачивается за счет средств представителя Застрахованного.

## 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., размещены на сайте Партнера.

2.3. Телемедицинские онлайн консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору представителя 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 предоставленной представителем Застрахованного медицинской информации и документации.

2.5. Представитель Застрахованного 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 Партнера через «Личный кабинет» Застрахованного.

2.6. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует представителя 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. Представителю Застрахованного 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 могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно, услуги в форме консультации по записи – врачом (педиатром, профильным специалистом) только в заранее указанное при записи время.

2.10. Телемедицинские онлайн консультации узких специалистов НИИ НДХиТ и других 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 учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

## 3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования представитель Застрахованного должен активировать полис на сайте Страховщика и зарегистрироваться на сайте Партнера в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте Партнера представитель Застрахованного переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте Партнера, который позволяет представителю Застрахованного 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.). Представитель Застрахованного может ограничить, либо открыть доступ к прикрепленным медицинским документам для их просмотра врачом, который проводит консультацию.

3.4. Связь представителя Застрахованного с врачом при срочной консультации осуществляется следующим образом:

- представитель Застрахованного 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 представитель Застрахованного отправляет запрос по телефону<sup>10</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации;
- свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с представителем Застрахованного, с использованием сервиса Партнера, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона представителя Застрахованного, указанного при регистрации на сайте Партнера;
- происходит соединение врача с представителем Застрахованного и начинается онлайн консультация. Время ожидания составляет не более 3-5 (трех-пяти) минут;
- по результатам онлайн консультации, врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного, с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Связь представителя Застрахованного с врачом при консультации по записи осуществляется следующим образом:

- представитель Застрахованного отправляет запрос на срочную консультацию через «Личный кабинет»;
- свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с представителем Застрахованного, с использованием сервиса Партнера, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона представителя Застрахованного, указанного при регистрации на сайте Партнера, выбирает врача из списка, в том числе по указанию представителя Застрахованного, резервирует время врача;
- в обозначенное представителем Застрахованного время в графике врача происходит соединение врача с представителем Застрахованного 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 консультации с выбранным врачом, представитель Застрахованного может самостоятельно записаться на консультацию через «Личный кабинет».

3.7. Связь представителя Застрахованного с узким специалистом НИИ НДХиТ и других ведущих медицинских учреждений осуществляется следующим образом:

- представитель Застрахованного отправляет запрос на срочную консультацию через «Личный кабинет»;
- свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с представителем Застрахованного, с использованием сервиса Партнера, либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона представителя Застрахованного, указанного при регистрации на сайте Партнера, выбирает врача из списка, в том числе по указанию представителя Застрахованного, резервирует время врача;
- в обозначенное представителем Застрахованного время в графике врача происходит соединение врача с представителем Застрахованного и начинается консультация;

---

<sup>10</sup> При этом способе связи представитель Застрахованного может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн Сервиса Партнера.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

– по результатам консультации, врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного, с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному;

– в случае если представитель Застрахованного захочет отказаться от проведения консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом Администратора Сервиса по контактными данным, указанным на сайте Партнера, либо через «Личный кабинет», не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае, услуга будет считаться оказанной.

3.8. В случае если в момент, когда врач пытается связаться с представителем Застрахованного, представителя Застрахованного уже нет в системе (онлайн), и врач не смог связаться с представителем Застрахованного посредством сервиса Партнера и не смог дозвониться до представителя, Застрахованного по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте Партнера, врач пытается связаться с представителем Застрахованного посредством возможностей сервиса Партнера, в том числе путем отслеживания присутствия представителя Застрахованного в системе сервиса Партнера. В случае если по прошествии 30 (тридцати) минут представитель Застрахованного не войдет в систему сервиса Партнера, заявка на консультацию считается завершенной и исполненной.

3.9. Никакие претензии относительно сроков проведения консультации не принимаются, если представитель Застрахованного не направит запрос на проведение консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса.

3.10. В случае если после отправки запроса представитель Застрахованного захочет отказаться от проведения консультации, он обязан уведомить об этом Администратора Сервиса по контактными данным, указанным на сайте Партнера, 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, представитель Застрахованного 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 услуги, в том числе с целью регистрации на сайте Партнера, получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями использования 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 1024x720 (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/сек.

4.1.2. При использовании Мобильного телефона:

– модель мобильного телефона Apple Iphone 4 и выше с работающей камерой, микрофоном и иными необходимыми функциями.

4.2. Представитель Застрахованного самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис Партнера и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за Оборудования Клиента.

4.3. Сервис Партнера перед оказанием услуг проводит проверку Оборудования на соответствие, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

**5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

- 5.1. Организация приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, без письменных рекомендаций врача, по результатам консультации в рамках Программы.
- 5.2. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 5.3. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 2

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) консультации проводятся с использованием сервиса Партнера, 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 Партнера, проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на сайте Партнера, а именно:<sup>11</sup>

- срочные консультации дежурным врачом-педиатром, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса), 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:

- организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной Медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>12</sup>;
- содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>13</sup>;
- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы;
- справочно-консультационная помощь по вопросам<sup>14</sup>:

а) порядка получения необходимых медицинских услуг, в рамках программы ОМС;

б) действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, в части возможности получения необходимых медицинских услуг, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

### 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 Партнера.

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору представителя Застрахованного:

<sup>11</sup> Консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом.

<sup>12</sup> Прием врача организуется в рамках программы ОМС или оплачивается за счет средств представителя Застрахованного.

<sup>13</sup> Диагностические обследования и лечение организуются в рамках программы ОМС или оплачиваются за счет средств представителя Застрахованного.

<sup>14</sup> Предоставляется только в отношении медицинских услуг, рекомендованных в соответствии с письменным заключением врача по результатам онлайн консультации в рамках Программы.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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 представителем Застрахованного во время консультации.

2.5. Представитель Застрахованного 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 Партнера через «Личный кабинет» Застрахованного.

2.6. Во время проведения телемедицинской консультации, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует представителя 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. Представителю Застрахованного 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-педиатром могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно.

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 представитель Застрахованного должен зарегистрироваться на сайте Партнера в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте Партнера представитель Застрахованного переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте Партнера, который позволяет представителю Застрахованного 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.). Представитель Застрахованного может ограничить либо открыть доступ к прикрепленным медицинским документам для их просмотра врачом, который проводит консультацию.

3.4. Связь представителя Застрахованного с врачом-педиатром при срочной консультации осуществляется следующим образом:

- представитель Застрахованного 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

представитель Застрахованного отправляет запрос по телефону<sup>15</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации<sup>16</sup>;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с представителем Застрахованного с использованием сервиса Партнера либо путем совершения звонка на номер телефона представителя Застрахованного, указанный при регистрации на сайте Партнера;

– происходит соединение врача с представителем Застрахованного и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 (трёх) минут;

– во время проведения консультации через «Личный кабинет» представитель Застрахованного 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. Требования Застрахованного относительно сроков проведения консультации не подлежат удовлетворению, если представитель Застрахованного не направит запрос на проведение консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса или будет недоступен по телефону.

3.6. Для организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, рекомендованных врачом во время онлайн-консультации в рамках Программы, представитель Застрахованного 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 Партнера, 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 видеочкамаера 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. Представитель Застрахованного самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, сервис

<sup>15</sup> При этом способе связи представитель Застрахованного может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса Партнера

<sup>16</sup> 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.



Партнера и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Сервис Партнера перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие<sup>17</sup>, 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-педиатров по предварительной записи.

5.2. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации профильных врачей-консультантов и врачей-экспертов.

5.3. Организация приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения без письменных рекомендаций врача, по результатам 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 консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

---

<sup>17</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

## **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 3**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

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 именно:<sup>18</sup>

- срочные консультации дежурным врачом-терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса), 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:**

- организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной Медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>19</sup>;
- содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>20</sup>;
- услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений по Застрахованному и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы;
- справочно-консультационная помощь по вопросам<sup>21</sup>:

а) порядка получения необходимых медицинских услуг, в рамках программы ОМС;

б) действующего законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, в части возможности получения необходимых медицинских услуг, в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

### **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 Партнера.

---

<sup>18</sup> Консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом.

<sup>19</sup> Прием врача организуется в рамках программы ОМС или оплачивается за счет средств Застрахованного.

<sup>20</sup> Диагностические обследования и лечение организуются в рамках программы ОМС или оплачиваются за счет средств Застрахованного.

<sup>21</sup> Предоставляется только в отношении медицинских услуг, рекомендованных в соответствии с письменным заключением врача по результатам онлайн консультации в рамках Программы.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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 Партнера 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. 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 Застрахованный должен зарегистрироваться на сайте Партнера в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте Партнера Застрахованный переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте Партнера, 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<sup>22</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации<sup>23</sup>;

- свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным с использованием сервиса Партнера либо путем совершения звонка на номер телефона Застрахованного, указанный при регистрации на сайте Партнера;
- происходит соединение врача с Застрахованным и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 (трех) 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. 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.

3.6. Для организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, рекомендованных врачом во время онлайн-консультации в рамках Программы, 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 Партнера, получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», 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.

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 Партнера и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Сервис Партнера перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие<sup>24</sup>, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

<sup>22</sup> При этом способе связи Застрахованный может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса Партнера.

<sup>23</sup> 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.

## **5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

- 5.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации врачей-терапевтов по предварительной записи.
- 5.2. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации профильных врачей-консультантов и врачей-экспертов.
- 5.3. Организация приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения без письменных рекомендаций врача, по результатам 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 консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

---

<sup>24</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

## **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 4а**

По настоящей Программе Страховщик при наступлении страхового события организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских и иных услуг дополнительно к услугам, предусмотренным программой ОМС.

Организация всех предусмотренных настоящей Программой услуг осуществляется врачами-специалистами круглосуточного медицинского пульта по телефону.

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

#### **1.1. Медицинские и иные услуги:**

1.1.1. Дистанционные (Телемедицинские) консультации – онлайн консультации по медицинским вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которой Застрахованному предоставляется информация:

- о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза;
- о рекомендуемых методах диагностики, лечения;
- иная справочная медицинская информация.

Консультация может быть проведена по представленным Застрахованным медицинским документам (скан копии).

Консультации осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта или по их направлению врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, по телефону или другим доступным каналам связи.

Консультации проводятся по 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.

#### **1.1.2. Амбулаторно поликлиническая помощь:**

Услуги, дополнительные к объему первичной врачебной медико-санитарной помощи, включенной в базовую Программу ОМС, оказываемые на амбулаторно-поликлиническом этапе в Медицинской организации, выбранной Застрахованным при заключении договора страхования, после подтверждения прикрепления к данной Медицинской организации по Заявлению о выборе медицинской организации в рамках ОМС, а именно:

##### **1.1.2.1. Услуга «Личный врач-терапевт», включающая в себя:**

1.1.2.1.1. организацию и проведение Личным врачом консультативно-диагностических и лечебных мероприятий;

1.1.2.1.2. формирование Личным врачом программы диагностики и лечения Застрахованного, организация профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с медицинской целесообразностью, по согласованию с Застрахованным и Страховщиком, в том числе:

- содействие в организации экстренной и плановой госпитализации в стационары (в рамках программы ОМС);
- организация консультации со специалистами узкого профиля, по медицинским показаниям и направлению личного врача-терапевта без обязательного предварительного визита в клинику;
- организация необходимых по медицинским показаниям, диагностических обследований, по направлению лечащего врача в течение 3 (трех) рабочих дней после назначения;
- оформление медицинской документации (санаторно-курортная карта, справки в бассейн);
- подготовка подробного эпикриза (выписки из амбулаторной карты наблюдения) на любом этапе лечения или обследования, для консультации или получения заключения у независимых специалистов, в том числе для получения услуги «Второе мнение».

1.1.2.2. Дистанционные консультации по инициативе Застрахованного лечащим врачом, после первичного приема, по телефону в режиме работы Медицинской организации (консультации по результатам анализов, динамическое наблюдение, консультации по контролю применения назначенных лекарственных препаратов), в том числе через врача медицинского пульта.

1.1.3. Диагностические обследования по направлению лечащего врача в сторонней Медицинской организации, по согласованию с врачами медицинского пульта, в случае, если Медицинская организация, к которой прикреплен Застрахованный в рамках настоящей Программы, не имеет возможности оказать необходимые услуги или оказать необходимые услуги в определенные программой сроки.

1.1.4. Услуга «Второе мнение» – консультация независимого врача-специалиста в профильной по данной нозологии Медицинской организации, по согласованию с врачами медицинского пульта, по медицинским показаниям, в случае необходимости уточнения или подтверждения диагноза, если лечение не дает результатов.

1.1.5. Экстренная госпитализация (**только при выборе Варианта № 2**).

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. В рамках настоящей Программы Застрахованному предоставляются следующие, дополнительные к программе ОМС, услуги:

- организация экстренной госпитализации по медицинским показаниям в профильный по данной нозологии стационар (по полису ОМС), подбор лучших вариантов госпитализации, исходя из состояния Застрахованного;
- пребывание в 2–3 (двух-трехместной) местной палате (при наличии в данном стационаре);
- курация в стационаре врачами медицинского пульта с момента госпитализации до выписки (п. 2.11. Программы).

1.2. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи**

1.2.1. Круглосуточный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа/7 (семь) дней в неделю осуществляет сервисное сопровождение и маршрутизацию Застрахованного, в том числе:

- организация приема врачей-специалистов, диагностических обследований и лечения по направлению лечащего врача, в рамках Программы в согласованное время;
- круглосуточная справочно-консультационная помощь 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. Предоставление результатов лабораторных исследований по электронной почте при возможности конкретной Медицинской организации.

## 2. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках Программы Застрахованный должен обратиться на круглосуточный медицинский пульт по телефону.

2.2. Для получения услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе (п. 1.1.2. и 1.1.3. настоящей Программы), Застрахованный должен быть прикреплен к одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный список медицинских организаций по городам доступен на сайте Страховщика) по Заявлению о выборе медицинской организации в рамках ОМС. Для прикрепления к Медицинской организации необходимо заполнить заявление и передать в Медицинскую организацию, либо направить копию Страховщику по электронной почте, с последующим предоставлением оригинала в Медицинскую организацию при первом посещении.

2.3. Получение услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе (п. 1.1.2. и 1.1.3. настоящей Программы), возможно только после подтверждения прикрепления к Медицинской организации.

2.4. Диагностические обследования по медицинским показаниям по направлению лечащего врача проводятся в течение 3 (трех) рабочих дней после назначения. Услуги

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

могут быть оказаны позже, исходя из медицинской целесообразности, или по желанию/возможности Застрахованного.

2.5. В случае невозможности проведения необходимых исследований и манипуляций в сроки, определенные настоящей Программой, в Медицинской организации, к которой прикреплен Застрахованный, услуги по направлению лечащего врача могут быть оказаны в сторонней Медицинской организации по согласованию с врачами медицинского пульта.

2.6. Результаты лабораторных исследований направляются Застрахованному на адрес электронной почты, указанный при активации полиса, при возможности конкретной Медицинской организации.

2.7. Для получения дистанционной консультации лечащего врача после первичного приема (консультации по результатам анализов, динамическое наблюдение, консультации по контролю применения назначенных лекарственных препаратов), Застрахованный должен позвонить на круглосуточный медицинский пульт и оставить заявку. Консультация может быть проведена через врача медицинского пульта. В случае необходимости повторного визита к врачу будет произведена запись на прием в согласованное время.

2.8. Запись к врачам узкой специализации без обязательного визита к личному врачу терапевту может быть осуществлена, через врачей медицинского пульта. Направление на консультацию может быть получено по результатам телемедицинской консультации с личным врачом-терапевтом.

2.9. Для получения Услуги «Второе мнение», Застрахованный должен позвонить на круглосуточный медицинский пульт. Консультация независимого врача-специалиста в профильной по данной нозологии Медицинской организации, может быть оказана по медицинским показаниям и направлению лечащего врача. Застрахованный по запросу врача медицинского пульта, должен предоставить необходимую для организации консультации медицинскую документацию. В случае необходимости врачи медицинского пульта оказывают содействие в получении необходимой медицинской документации.

2.10. При необходимости получения услуг экстренной госпитализации, Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться на круглосуточный медицинский пульт. Врач медицинского пульта подбирает профильный по данному диагнозу стационар в рамках ОМС, который при наличии мест способен обеспечить необходимую медицинскую помощь, исходя из состояния Застрахованного.

2.11. Курация в стационаре при экстренной госпитализации, осуществляется врачами медицинского пульта с момента госпитализации до выписки из стационара, по телефону. Врач медицинского пульта связывается с лечащим врачом с целью контроля и наблюдения за ходом лечения, в случае необходимости, согласовывает план лечения. Врач медицинского пульта связывается с Застрахованным (в случае необходимости до 2–3 (двух-трех) раз в день) с целью контроля состояния и удовлетворенности Застрахованного.

### 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Услуги не входящие в Программу:

3.1.1. Любые медицинские и сервисные услуги сверх вышеперечисленных;

3.1.2. Обследование без медицинских показаний по желанию Застрахованного. Обследование по рекомендации врачей сторонних ЛПУ без направления по форме 057у;

3.1.3. Оформление справок на ношение оружия, на право вождения автомобиля, заключение о состоянии здоровья, по форме 086/у, для загранкомандировок, для трудоустройства, для получения кредита в банке;

3.1.4. Диагностические и лечебные мероприятия в связи с косметическими дефектами лица, тела, конечностей;

3.1.5. Любые виды стоматологической помощи;

3.1.6. Лечебные и диагностические манипуляции, выполняемые вне обострения заболевания;

3.1.7. Консультации и обследования, связанные с планированием семьи, внутриматочную контрацепцию. Дородовое наблюдение. Диагностика и лечение бесплодия;

3.1.8. Комплексные иммунологические и аллергологические исследования;



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 3.1.9. Профилактическая вакцинация, сверх календаря профилактических прививок.
- 3.2. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в программу медицинского обслуживания:
- 3.2.1. онкологические заболевания (включая доброкачественные со злокачественным течением) и гемобластозы;
- 3.2.2. заболевания, ставшие причиной инвалидности у пациента;
- 3.2.3. врожденные пороки (аномалий) развития и наследственной патологии; системные заболевания соединительной ткани, коллагенозы, рассеянный склероз; заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования; хроническая почечная недостаточность; туберкулез, саркоидоз независимо от клинической формы и стадии процесса; эпилепсия и эпилептиформный синдром;
- 3.2.4. 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; микозы, псориаз;
- 3.2.5. заболевания, передающиеся половым путем, венерические заболевания;
- 3.2.6. сахарный диабет и его осложнения, остеопороз, прочие нарушения обмена веществ.

## **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 4б**

По настоящей Программе Страховщик при наступлении страхового события организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских и иных услуг дополнительно к услугам, предусмотренным программой ОМС.

Организация всех предусмотренных настоящей Программой услуг осуществляется врачами-специалистами круглосуточного медицинского пульта по телефону.

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

#### **1.1. Медицинские и иные услуги:**

1.1.1. Дистанционные (Телемедицинские) консультации – онлайн консультации по медицинским вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которой Застрахованному предоставляется информация:

- о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза;
- о рекомендуемых методах диагностики, лечения;
- иная справочная медицинская информация.
- Консультация может быть проведена по представленным Застрахованным медицинским документам (скан копии).
- Консультации осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта или по их направлению врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, по телефону или другим доступным каналам связи.
- Консультации проводятся по 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.

#### **1.1.2. Амбулаторно поликлиническая помощь:**

Услуги, дополнительные к объему первичной врачебной медико-санитарной помощи, включенной в базовую Программу ОМС, оказываемые на амбулаторно-поликлиническом этапе в Медицинской организации, выбранной Застрахованным при заключении договора страхования, после подтверждения прикрепления к данной Медицинской организации по Заявлению о выборе медицинской организации в рамках ОМС, а именно:

##### **1.1.2.1. Услуга «Личный врач-терапевт», включающая в себя:**

- 1.1.2.1.1. организацию и проведение Личным врачом консультативно-диагностических и лечебных мероприятий;
- 1.1.2.1.2. формирование Личным врачом программы диагностики и лечения Застрахованного, организация профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с медицинской целесообразностью, по согласованию с Застрахованным и Страховщиком, в том числе:
  - содействие в организации экстренной и плановой госпитализации в стационары (в рамках программы ОМС);
  - организация консультации со специалистами узкого профиля, по медицинским показаниям и направлению личного врача-терапевта без обязательного предварительного визита в клинику;
  - организация необходимых по медицинским показаниям, диагностических обследований, по направлению лечащего врача в течение 3 (трех) рабочих дней после назначения;
  - оформление медицинской документации (санаторно-курортная карта, справки в бассейн);

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

– подготовка подробного эпикриза (выписки из амбулаторной карты наблюдения) на любом этапе лечения или обследования, для консультации или получения заключения у независимых специалистов, в том числе для получения услуги «Второе мнение».

1.1.2.2. Дистанционные консультации по инициативе Застрахованного лечащим врачом, после первичного приема, по телефону в режиме работы Медицинской организации (консультации по результатам анализов, динамическое наблюдение, консультации по контролю применения назначенных лекарственных препаратов), в том числе через врача медицинского пульта.

1.1.3. Диагностические обследования по направлению лечащего врача в сторонней Медицинской организации, по согласованию с врачами медицинского пульта, в случае, если Медицинская организация, к которой прикреплен Застрахованный в рамках настоящей Программы, не имеет возможности оказать необходимые услуги или оказать необходимые услуги в определенные Программой сроки.

1.1.4. Услуга «Второе мнение» – консультация независимого врача-специалиста в профильной по данной нозологии Медицинской организации, по согласованию с врачами медицинского пульта, по медицинским показаниям, в случае необходимости уточнения или подтверждения диагноза, если лечение не дает результатов.

1.1.5. Экстренная госпитализация.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара. В рамках настоящей Программы Застрахованному предоставляются следующие, дополнительные к программе ОМС, услуги:

- организация экстренной госпитализации по медицинским показаниям в профильный по данной нозологии стационар (по полису ОМС), подбор лучших вариантов госпитализации, исходя из состояния Застрахованного;
- пребывание в 2–3 (двух-трех) местной палате, (при наличии в данном стационаре);
- курация в стационаре врачами медицинского пульта с момента госпитализации до выписки (п. 2.11. Программы).

1.1.6. Экстренная помощь на территории РФ – предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении, которые требуют неотложного медицинского вмешательства, при его нахождении на территории РФ вне постоянного места жительства. Медицинские услуги оказываются врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в объеме, необходимом для купирования неотложного состояния, в том числе:

- консультации врачей;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- скорая медицинская помощь;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- хирургическое и консервативное лечение;
- лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства, при нахождении в стационаре.

В Программу входят медицинские услуги стационара, оказываемые только по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной экстренной госпитализации.

1.1.7. Плановая госпитализация **(только при выборе Варианта № 2 в Полисе в разделе 7)**.

Плановая госпитализация осуществляется при заболевании, которое возникло/было диагностировано в период действия договора страхования, на основании следующей документации: направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. В рамках настоящей Программы Застрахованному предоставляются следующие, дополнительные к программе ОМС, услуги:

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- организация плановой госпитализации по медицинским показаниям в профильный по данной нозологии стационар (по полису ОМС), подбор лучших вариантов госпитализации;
- пребывание в 2-3 (двух-трех) местной палате (при наличии в данном стационаре);
- курация в стационаре врачами медицинского пульта с момента госпитализации до выписки.

1.1.8. Консультации во время госпитализации врачей высшей квалификации, по медицинским показаниям, в том числе приглашенных (**только при выборе Варианта № 2 в Полисе в разделе 7**).

1.1.9. Помощь на дому (**только при выборе Варианта № 2 в Полисе в разделе 7**).

Оказывается врачом терапевтом Застрахованному, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинское учреждение, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача, в пределах административных границ города проживания.

1.2. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.3. Круглосуточный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа /7 (семь) дней в неделю осуществляет сервисное сопровождение и маршрутизацию Застрахованного, в том числе:

- организация приема врачей-специалистов, диагностических обследований и лечения по направлению лечащего врача, в рамках Программы в согласованное время;
- круглосуточная справочно-консультационная помощь 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. Предоставление результатов лабораторных исследований по электронной почте при возможности конкретной Медицинской организации.

## 2. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках Программы Застрахованный должен обратиться на круглосуточный медицинский пульт по телефону.

2.2. Для получения услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе (п. 1.1.2. и 1.1.3. настоящей Программы), Застрахованный должен быть прикреплен к одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный список медицинских организаций по городам доступен на сайте Страховщика) по Заявлению о выборе медицинской организации в рамках ОМС. Для прикрепления к Медицинской организации необходимо заполнить заявление и передать в Медицинскую организацию, либо направить копию Страховщику по электронной почте, с последующим предоставлением оригинала в Медицинскую организацию при первом посещении.

2.3. Получение услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе (п. 1.1.2. и 1.1.3. настоящей Программы), возможно только после подтверждения прикрепления к Медицинской организации.

2.4. Диагностические обследования по медицинским показаниям по направлению лечащего врача проводятся в течение 3 (трех) рабочих дней после назначения. Услуги могут быть оказаны позже, исходя из медицинской целесообразности, или по желанию/возможности Застрахованного.

2.5. В случае невозможности проведения необходимых исследований и манипуляций в сроки, определенные настоящей Программой, в Медицинской организации, к которой прикреплен Застрахованный, услуги по направлению лечащего врача могут быть оказаны в сторонней Медицинской организации по согласованию с врачами медицинского пульта.

2.6. Результаты лабораторных исследований направляются Застрахованному на адрес электронной почты, указанный при активации полиса, при возможности конкретной Медицинской организации.

2.7. Для получения дистанционной консультации лечащего врача после первичного приема (консультации по результатам анализов, динамическое наблюдение, консультации по контролю применения назначенных лекарственных препаратов),

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Застрахованный должен позвонить на круглосуточный медицинский пульт и оставить заявку. Консультация может быть проведена через врача медицинского пульта. В случае необходимости повторного визита к врачу будет произведена запись на прием в согласованное время.

2.8. Запись к врачам узкой специализации без обязательного визита к личному врачу терапевту может быть осуществлена, через врачей медицинского пульта. Направление на консультацию может быть получено по результатам телемедицинской консультации с личным врачом-терапевтом.

2.9. Для получения услуги «Второе мнение», Застрахованный должен позвонить на круглосуточный медицинский пульт. Консультация независимого врача-специалиста в профильной по данной нозологии Медицинской организации, может быть оказана по медицинским показаниям и направлению лечащего врача. Застрахованный по запросу врача медицинского пульта, должен предоставить необходимую для организации консультации медицинскую документацию. В случае необходимости врачи медицинского пульта оказывают содействие в получении необходимой медицинской документации.

2.10. При необходимости получения услуг экстренной госпитализации, Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться на круглосуточный медицинский пульт. Врач медицинского пульта подбирает профильный по данному диагнозу стационар в рамках ОМС, который при наличии мест способен обеспечить необходимую медицинскую помощь, исходя из состояния Застрахованного.

2.11. Плановая госпитализация организуется только круглосуточным медицинским пультом на основании следующей документации: направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Врач медицинского пульта подбирает профильный по данному диагнозу стационар в рамках ОМС, который при наличии мест способен обеспечить необходимую медицинскую помощь, в том числе по согласованию с личным врачом-терапевтом Застрахованного. В случае необходимости врачи медицинского пульта оказывают содействие в получении необходимой медицинской документации.

2.12. Курация в стационаре при экстренной и плановой госпитализации, осуществляется врачами медицинского пульта с момента госпитализации до выписки из стационара, по телефону. Врач медицинского пульта связывается с лечащим врачом с целью контроля и наблюдения за ходом лечения, в случае необходимости, согласовывает план лечения. Врач медицинского пульта связывается с Застрахованным (в случае необходимости до 2–3 (двух-трех) раз в день) с целью контроля состояния и удовлетворенности Застрахованного.

2.13. При необходимости получения услуг экстренной медицинской помощи на территории России Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться на круглосуточный медицинский пульт.

2.14. При необходимости вызова врача на дом, Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться на круглосуточный медицинский пульт. При вызове врача на дом до 12:00 по местному времени визит осуществляется в день вызова. При вызове врача после 12:00 Страховщик оставляет за собой право организовать визит доктора на следующий день.

### 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Услуги не входящие в Программу:

3.1.1. любые медицинские и сервисные услуги сверх вышеперечисленных;

3.1.2. обследование без медицинских показаний по желанию Застрахованного.

Обследование по рекомендации врачей сторонних ЛПУ без направления по форме 057у;

3.1.3. оформление справок на ношение оружия, на право вождения автомобиля, заключение о состоянии здоровья, по форме 086/у, для загранкомандировок, для трудоустройства, для получения кредита в банке;

3.1.4. диагностические и лечебные мероприятия в связи с косметическими дефектами лица, тела, конечностей;

3.1.5. любые виды стоматологической помощи;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 3.1.6. Лечебные и диагностические манипуляции, выполняемые вне обострения заболевания;
- 3.1.7. консультации и обследования, связанные с планированием семьи, внутриматочную контрацепцию. Дородовое наблюдение. Диагностика и лечение бесплодия;
- 3.1.8. комплексные иммунологические и аллергологические исследования;
- 3.1.9. профилактическая вакцинация, сверх календаря профилактических прививок.
- 3.2. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в программу медицинского обслуживания:
  - 3.2.1. онкологические заболевания (включая доброкачественные со злокачественным течением) и гемобластозы;
  - 3.2.2. заболевания, ставшие причиной инвалидности у пациента;
  - 3.2.3. врожденные пороки (аномалий) развития и наследственной патологии; системные заболевания соединительной ткани, коллагенозы, рассеянный склероз; заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования; хроническая почечная недостаточность; туберкулез, саркоидоз независимо от клинической формы и стадии процесса; эпилепсия и эпилептиформный синдром;
  - 3.2.4. 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; микозы, псориаз;
  - 3.2.5. заболевания, передающиеся половым путем, венерические заболевания;
  - 3.2.6. сахарный диабет и его осложнения, остеопороз, прочие нарушения обмена веществ.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 5а

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Медицинские и иные услуги:

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного в количестве, определенном договором страхования, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список Медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте \_\_\_\_\_). Профилактическое обследование состоит из базового блока и узкопрофильного блока (кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, урология, гинекология) по выбору Застрахованного, в количестве, определенном договором страхования. Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному из нижеперечисленных, определяется врачом в зависимости от варианта страхования и выбранного Застрахованным узкопрофильного блока.

##### 1.1.1. Амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1.1.1. Консультация врача Сервисной организации по телефону в сокращенном (опрос по основным жалобам) или расширенном (опрос по основным жалобам и просмотр предшествующего анамнеза клиента (при наличии)) объеме, исходя из состояния здоровья Застрахованного, по подбору оптимального варианта узкопрофильного блока. Врач Сервисной организации дает Застрахованному рекомендации относительно выбора узкопрофильного блока, однако итоговый выбор узкопрофильного блока обследования во всех случаях остается за Застрахованным.

##### 1.1.1.2. Прием и консультация врача – терапевта Медицинской организации:

сбор анамнеза, проверка жизненных, физических и антропометрических показателей (пульс, артериальное давление, аускультация легких, сердца, термометрия). Подготовка заключения по результатам обследования с перечнем назначений по лечению выявленных заболеваний и рекомендаций по ведению здорового образа жизни. В случае выявления заболеваний или их симптомов – врач Медицинской организации ставит диагноз или назначает дополнительные обследования или консультации специалистов Медицинской организации<sup>25</sup>.

1.1.1.3. Консультации врачей-специалистов Медицинской организации, в зависимости от выбранного узкопрофильного блока:

- прием и консультация врача-офтальмолога: сбор анамнеза, проверка остроты зрения;
- прием и консультация врача-кардиолога;
- прием и консультация врача-эндокринолога;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога;
- прием и консультация врача-уролога;
- прием и консультация врача-гинеколога.

1.1.1.4. Лабораторная диагностика (точный набор лабораторных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):

- общий анализ крови;
- лейкоцитарная формула (дифференцированный подсчет лейкоцитов, лейкоцитограмма);
- СОЭ (скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи (с микроскопией осадка);
- холестерол общий (холестерин);
- креатинин;
- глюкоза;
- тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин);
- АлАТ (АЛТ, аланинаминотрансфераза, аланинтрансаминаза);
- АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза);

<sup>25</sup> Дополнительные консультации и обследования (за исключением входящих в выбранный Застрахованным узкопрофильный блок обследования) оплачиваются за счет Застрахованного.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- мочевины, мочевого кислоты;
- микроскопическое исследование окрашенного нативного мазка – бактериоскопия с окраской по Граму.
- Инструментальная диагностика (точный набор инструментальных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):
  - ЭКГ с расшифровкой.

1.1.2. Консультация врача-онколога в случае рекомендации врача Медицинской/Сервисной организации по результатам пройденного обследования. Консультация врача-онколога проводится в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной организации.

1.1.3. Консультация врача Сервисной организации по телефону – в сокращенном (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, пр.) или расширенном (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, рекомендации по посещению альтернативных специалистов, пр.) объеме по результатам исследования здоровья Застрахованного, предоставление общих сведений по возможной целесообразности рекомендованных Медицинской организацией дополнительных исследований/манипуляций.

1.1.4. Анализ результатов проведенного медицинского обследования и предоставление на его основе врачом Сервисной организации дополнительных рекомендаций по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами AXA Assistance, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети AXA Assistance «Medical Elite Network».

1.1.5. Предоставление второго медицинского мнения по результатам обследования в случае выявления заболеваний: онкология, неврологические заболевания, требующие хирургического лечения, и заболевания опорно-двигательного аппарата, требующие протезирования крупных суставов. Услуга оказывается только в отношении заболеваний, впервые обнаруженных в результате обследования, в количестве, определенном договором страхования в течение срока действия полиса. Второе медицинское мнение предоставляется мировыми экспертами в области медицины (AXA Center of Excellence, в ряды сотрудников которого входят нобелевские лауреаты (Рольф М. Цинкернагель), профессора ведущих исследовательских университетов – Париж Декарт (Жерар Фридландер), Университет Калифорнии (Леон Файн), Шанхайский Университет Фудань (Ли Чен).

### 1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Телефонный медицинский пульс 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.

1.2.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

1.2.3. Организация и координация получения второго медицинского мнения от мировых экспертов в области медицины, в соответствии с п. 1.1.5. настоящей Программы.

1.2.4. В случае диагностирования онкологического заболевания, Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- консультация по плану лечения онкологического заболевания;
- консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.



## 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 \_\_\_\_\_ для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач Сервисной организации проводит онлайн-консультацию по телефону, в ходе которой на основании предоставленной Застрахованным информации определяет оптимальный вариант обследования с учетом индивидуальных рисков организма Застрахованного. Объем обследования Застрахованного определяется по результатам консультации врачом Сервисной организации с учетом варианта страхования и выбранного узкопрофильного блока.

2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 (два) раза) услуга считается полностью оказанной.

2.3. Для получения услуги второго медицинского мнения в соответствии с п. 1.1.5. Застрахованный должен позвонить по телефону \_\_\_\_\_ и следовать инструкциям врача Сервисной организации. После проведения анализа документов врачом-экспертом, Застрахованному предоставляются результаты второго медицинского мнения с рекомендациями по соответствию ранее установленного диагноза, необходимости дополнительного обследования и/или необходимого лечения. В случае необходимости в дополнительных исследованиях, все расходы оплачиваются за счет Застрахованного.

## 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Программой не предусмотрено оказание услуг лицам, у которых выявлены следующие заболевания:

- ВИЧ инфекция;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- туберкулез;
- ДЦП;
- хронических гепатитов: В, С, D, Е и др.

3.2. В рамках настоящей Программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:

- консультация врача-онколога без письменных рекомендаций врача Медицинской/Сервисной организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги стационара, стационара одного дня;
- услуги, связанные с лечением заболеваний и их осложнений;
- услуги, оказанные после окончания срока действия Договора.

## **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

### **1.1. Медицинские и иные услуги:**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного в количестве, определенном договором страхования, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список Медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте \_\_\_\_\_). Профилактическое обследование состоит из базового блока и узкопрофильного блока (кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, урология, гинекология) по выбору Застрахованного, в количестве, определенном договором страхования. Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному из нижеперечисленных, определяется врачом в зависимости от варианта страхования и выбранного Застрахованным узкопрофильного блока.

#### **1.1.1. Амбулаторно-поликлинические услуги:**

1.1.1.1. Консультация врача Сервисной организации по телефону в сокращенном (опрос по основным жалобам) или расширенном (опрос по основным жалобам и просмотр предшествующего анамнеза клиента (при наличии)) объеме, исходя из состояния здоровья Застрахованного, по подбору оптимального варианта узкопрофильного блока. Врач Сервисной организации дает Застрахованному рекомендации относительно выбора узкопрофильного блока, однако итоговый выбор узкопрофильного блока обследования во всех случаях остается за Застрахованным.

#### **1.1.1.2. Прием и консультация врача-терапевта Медицинской организации:**

сбор анамнеза, проверка жизненных, физических и антропометрических показателей (пульс, артериальное давление, аускультация легких, сердца, термометрия). Подготовка заключения по результатам обследования с перечнем назначений по лечению выявленных заболеваний и рекомендаций по ведению здорового образа жизни. В случае выявления заболеваний или их симптомов – врач Медицинской организации ставит диагноз или назначает дополнительные обследования или консультации специалистов Медицинской организации<sup>26</sup>.

#### **1.1.1.3. Консультации врачей-специалистов Медицинской организации, в зависимости от выбранного узкопрофильного блока:**

- прием и консультация врача-офтальмолога: сбор анамнеза, проверка остроты зрения;
- прием и консультация врача-кардиолога;
- прием и консультация врача-эндокринолога;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога;
- прием и консультация врача-уролога;
- прием и консультация врача-гинеколога.

#### **только при выборе Варианта страхования № 2 в разделе 7 Полиса**

- прием и консультация врача-маммолога.

1.1.1.4. Лабораторная диагностика (точный набор лабораторных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):

- общий анализ крови;
- лейкоцитарная формула (дифференцированный подсчет лейкоцитов, лейкоцитограмма);
- СОЭ (скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи (с микроскопией осадка);
- холестерол общий (холестерин);
- креатинин;

<sup>26</sup> Дополнительные консультации и обследования (за исключением входящих в выбранный Застрахованным узкопрофильный блок обследования) оплачиваются за счет Застрахованного.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- глюкоза;
- тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин);
- АлАТ (АЛТ, аланинаминотрансфераза, аланинтрансаминаза);
- АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза);
- мочевина, мочевая кислота;
- микроскопическое исследование окрашенного нативного мазка бактериоскопия с окраской по Граму.

### **только при выборе Варианта страхования № 2 в разделе 7 Полиса**

- креатинфосфокиназа;
- С-реактивный белок;
- гликированный гемоглобин,
- тироксин свободный (Т4 свободный);
- гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ, глутамилтранспептидаза);
- билирубин общий.

1.1.1.5. Инструментальная диагностика (точный набор инструментальных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):

- ЭКГ с расшифровкой.

### **только при выборе Варианта страхования № 2 в разделе 7 Полиса**

- эхокардиография;
- цифровая флюорография (рентгенография) грудной клетки;
- УЗИ щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов;
- УЗИ органов гепатобилиарной системы (печень, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки, селезенка, поджелудочная железа);
- УЗИ почек и надпочечников;
- УЗИ мочевого пузыря, предстательной железы, определение остаточной мочи (трансабдоминально);
- УЗИ молочных желёз и регионарных лимфатических узлов;
- УЗИ органов малого таза.

1.1.2. Консультация врача-онколога в случае рекомендации врача Медицинской/Сервисной организации по результатам пройденного обследования. Консультация врача-онколога проводится в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной организации.

1.1.3. Консультация врача Сервисной организации по телефону – в сокращенном (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, пр.) или расширенном (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, рекомендации по посещению альтернативных специалистов, пр.) объеме по результатам исследования здоровья Застрахованного, предоставление общих сведений по возможной целесообразности рекомендованных Медицинской организацией дополнительных исследований/манипуляций.

1.1.4. Анализ результатов проведенного медицинского обследования и предоставление на его основе врачом Сервисной организации дополнительных рекомендаций по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами AXA Assistance, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети AXA Assistance «Medical Elite Network».

1.1.5. Предоставление второго медицинского мнения по результатам обследования в случае выявления заболеваний: онкология, неврологические заболевания, требующие хирургического лечения, и заболевания опорно-двигательного аппарата, требующие протезирования крупных суставов. Услуга оказывается только в отношении заболеваний, впервые обнаруженных в результате обследования, в количестве, определенном

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

договором страхования, в течение срока действия Полиса. Второе медицинское мнение предоставляется мировыми экспертами в области медицины (AXA Center of Excellence, в ряды сотрудников которого входят нобелевские лауреаты (Рольф М. Цинкернагель), профессора ведущих исследовательских университетов – Париж Декарт (Жерар Фридландер), Университет Калифорнии (Леон Файн), Шанхайский Университет Фудань (Ли Чен).

### 1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Телефонный медицинский пулът 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.

1.2.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

1.2.3. Организация и координация получения второго медицинского мнения от мировых экспертов в области медицины, в соответствии с п. 1.1.5. настоящей Программы.

1.2.4. В случае диагностирования онкологического заболевания, Застрахованному предоставляются следующие услуги:

круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;

круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;

консультация по плану лечения онкологического заболевания;

консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках Программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пулътa Сервисной организации \_\_\_\_\_, для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач Сервисной организации проводит онлайн консультацию по телефону, в ходе которой на основании предоставленной Застрахованным информации определяет оптимальный вариант обследования с учетом индивидуальных рисков организма Застрахованного. Объем обследования Застрахованного определяется по результатам консультации врачом Сервисной организации с учетом варианта страхования и выбранного узкопрофильного блока.

2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пулътa. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 (два) раза) услуга считается полностью оказанной.

2.3. Для получения услуги второго медицинского мнения в соответствии с п. 1.1.5. Застрахованный должен позвонить по телефону \_\_\_\_\_ и следовать инструкциям врача Сервисной организации. После проведения анализа документов врачом-экспертом, Застрахованному предоставляются результаты второго медицинского мнения с рекомендациями по соответствию ранее установленного диагноза, необходимости дополнительного обследования и/или необходимого лечения. В случае необходимости в дополнительных исследованиях, все расходы оплачиваются за счет Застрахованного.

## 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Программой не предусмотрено оказание услуг лицам, у которых выявлены следующие заболевания:

- ВИЧ-инфекция;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- туберкулез;
- ДЦП;
- хронических гепатитов: В, С, D, Е и др.

3.2. В рамках настоящей Программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:

- консультация врача-онколога без письменных рекомендаций врача Медицинской/Сервисной организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги стационара, стационара одного дня;
- услуги, связанные с лечением заболеваний и их осложнений;
- услуги, оказанные после окончания срока действия Договора.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 5в

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Медицинские и иные услуги:

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного в количестве, определенном договором страхования, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте \_\_\_\_\_). Профилактическое обследование состоит из базового блока и узкопрофильного блока (кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, урология, гинекология) по выбору Застрахованного, в количестве, определенном договором страхования. Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному из нижеперечисленных, определяется врачом в зависимости от варианта страхования и выбранного Застрахованным узкопрофильного блока.

##### 1.1.1. Амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1.1.1. Консультация врача Сервисной организации по телефону в сокращенном (опрос по основным жалобам) или расширенном (опрос по основным жалобам и просмотр предшествующего анамнеза клиента при наличии) объеме, исходя из состояния здоровья Застрахованного, по подбору оптимального варианта узкопрофильного блока. Врач Сервисной организации дает Застрахованному рекомендации относительно выбора узкопрофильного блока, однако итоговый выбор узкопрофильного блока обследования во всех случаях остается за Застрахованным.

##### 1.1.1.2. Прием и консультация врача-терапевта Медицинской организации:

сбор анамнеза, проверка жизненных, физических и антропометрических показателей (пульс, артериальное давление, аускультация легких, сердца, термометрия). Подготовка заключения по результатам обследования с перечнем назначений по лечению выявленных заболеваний и рекомендаций по ведению здорового образа жизни. В случае выявления заболеваний или их симптомов – врач Медицинской организации ставит диагноз или назначает дополнительные обследования или консультации специалистов Медицинской организации<sup>27</sup>.

##### 1.1.1.3. Консультации врачей-специалистов Медицинской организации, в зависимости от выбранного узкопрофильного блока:

- прием и консультация врача-офтальмолога: сбор анамнеза, проверка остроты зрения;
- прием и консультация врача-кардиолога;
- прием и консультация врача-эндокринолога;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога;
- прием и консультация врача-уролога;
- прием и консультация врача-гинеколога;
- прием и консультация врача-маммолога.

##### 1.1.1.4. Лабораторная диагностика (точный набор лабораторных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):

- общий анализ крови;
- лейкоцитарная формула (дифференцированный подсчет лейкоцитов, лейкоцитограмма);
- СОЭ (скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи (с микроскопией осадка);
- холестерол общий (холестерин);
- креатинин;
- глюкоза;
- тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин);
- АлАТ (АЛТ, Аланинаминотрансфераза, аланинтрансаминаза);

<sup>27</sup> Дополнительные консультации и обследования (за исключением входящих в выбранный Застрахованным узкопрофильный блок обследования) оплачиваются за счет Застрахованного.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза);
- мочевины, мочевоа кнслота;
- мнкроскопическое исследование окрашенного натнвного мазка бактериоскопия с окраской по Граму;
- креатнфософокиназа;
- С-реактнвный белок;
- глнкнрованный гемоглобнн;
- тнроксн свободный (Т4 свободный);
- гамма-глутамнлтранспептндаза (ГГТ, глутамнлтранспептндаза);
- бнлнрубнн общнй.

### **только при выборе Варианта страхования № 2 в разделе 7 Полиса**

- трнглнцернды;
- холестерол-ЛПНП (Холестерн лнпопротеинов низкой плотности);
- холестерол-ЛПВП (Холестерн лнпопротеинов высокой плотности);
- фосфатаза щелочная (ЩФ);
- кальцнй общнй;
- калий, натрнй, хлор;
- фосфор неорганнческий;
- функция парашнтовндых желез паратнреонднй гормон (паратгормон, паратнрнн, ПТГ);
- Anti-HCV-total (антнтела к антнгенам вируса гепатнта С);
- HBsAg (HBs-антнген, поверхностный антнген вируса гепатнта В, «австралийский» антнген);
- хламндын определение ДНК;
- уреаплазма определение ДНК;
- мнкоплазма определение ДНК (соскобы);
- уреаплазма (бннвар Т-960), определение ДНК;
- гарднерелла определение ДНК;
- канднда определение ДНК;
- фолиевоа кнслота;
- железо;
- исследование соскобов шейки матки н цервнкального канала.

1.1.1.5. Инструментальная диагностика (точный набор инструментальных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):

- ЭКГ с расшнфровкой;
- эхокардиография;
- цифровая флюорография (рентгенография) грудной клетки;
- УЗИ щнтонднй железы н регонарных лнмфатнческих узлов;
- УЗИ органов гепатобнлнарной системы (печень, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки, селезенка, поджелудочная железа);
- УЗИ почек н надпочечников;
- УЗИ мочевого пузыря, предстательной железы, определение остаточной мочи (трансабдоминально);
- УЗИ молочных желёз н регонарных лнмфатнческих узлов;
- УЗИ органов малого таза.

### **только при выборе Варианта страхования № 2 в разделе 7 Полиса**

- стресс-тест (тредмнл, велоэргометрия н др);
- офтальмоскопия с узким зрачком н измерение внутрнглазного давления;
- трансректальное УЗИ простаты с доплерографией кровотока (онкопоиск);
- комплексная видеоэзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) + экспресс тест на хелнкобактер;

– цифровая маммография обеих молочных желез в 2 (двух) проекциях.

1.1.2. Консультация врача-онколога в случае рекомендации врача Медицинской/Сервисной организации по результатам пройденного обследования. Консультация врача-онколога проводится в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной организации.

1.1.3. Консультация врача Сервисной организации по телефону – в сокращенном (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, пр.) или расширенном объеме (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, рекомендации по посещению альтернативных специалистов, пр.) по результатам исследования здоровья Застрахованного, предоставление общих сведений по возможной целесообразности рекомендованных Медицинской организацией дополнительных исследований/манипуляций.

1.1.4. Анализ результатов проведенного медицинского обследования и предоставление на его основе врачом Сервисной организации дополнительных рекомендаций по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами AXA Assistance, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети AXA Assistance “Medical Elite Network”.

1.1.5. Предоставление второго медицинского мнения по результатам обследования в случае выявления заболеваний: онкология, неврологические заболевания, требующие хирургического лечения, и заболевания опорно-двигательного аппарата, требующие протезирования крупных суставов. Услуга оказывается только в отношении заболеваний, впервые обнаруженных в результате обследования, в количестве, определенном договором страхования в течение срока действия полиса. Второе медицинское мнение предоставляется мировыми экспертами в области медицины (AXA Center of Excellence, в ряды сотрудников которого входят нобелевские лауреаты (Рольф М. Цинкернагель), профессора ведущих исследовательских университетов – Париж Декарт (Жерар Фридландер), Университет Калифорнии (Леон Файн), Шанхайский Университет Фудань (Ли Чен).

1.2. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование;

1.2.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения;

1.2.3. Организация и координация получения второго медицинского мнения от мировых экспертов в области медицины, в соответствии с п. 1.1.5. настоящей Программы;

1.2.4. В случае диагностирования онкологического заболевания, Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;
- консультация по плану лечения онкологического заболевания;
- консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

## 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 \_\_\_\_\_, для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач Сервисной организации проводит онлайн консультацию по телефону, в ходе которой на основании предоставленной Застрахованным информации



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

определяет оптимальный вариант обследования с учетом индивидуальных рисков организма Застрахованного. Объем обследования Застрахованного определяется по результатам консультации врачом Сервисной организации с учетом варианта страхования выбранного узкопрофильного блока.

2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 (два) раза) услуга считается полностью оказанной.

2.3. Для получения услуги второго медицинского мнения в соответствии с п. 1.1.5. Застрахованный должен позвонить по телефону \_\_\_\_\_ и следовать инструкциям врача Сервисной организации. После проведения анализа документов врачом-экспертом, Застрахованному предоставляются результаты второго медицинского мнения с рекомендациями по соответствию ранее установленного диагноза, необходимости дополнительного обследования и/или необходимого лечения. В случае необходимости в дополнительных исследованиях, все расходы оплачиваются за счет Застрахованного.

### 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Программой не предусмотрено оказание услуг лицам, у которых выявлены следующие заболевания:

- ВИЧ-инфекция;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- туберкулез;
- ДЦП;
- хронических гепатитов: В, С, D, Е и др.

3.2. В рамках настоящей Программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:

- консультация врача-онколога без письменных рекомендаций врача Медицинской/Сервисной организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги стационара, стационара одного дня;
- услуги, связанные с лечением заболеваний и их осложнений;
- услуги, оказанные после окончания срока действия договора.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 5г

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Медицинские и иные услуги:

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного в количестве, определенном договором страхования, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список Медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте \_\_\_\_\_). Профилактическое обследование состоит из базового блока и узкопрофильного блока (кардиология, эндокринология, гастроэнтерология, урология, гинекология) по выбору Застрахованного в количестве, определенном договором страхования. Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному из нижеперечисленных, определяется врачом в зависимости от варианта страхования и выбранного Застрахованным узкопрофильного блока.

##### 1.1.1. Амбулаторно-поликлинические услуги

1.1.1.1. Консультация врача Сервисной организации по телефону в сокращенном (опрос по основным жалобам) или расширенном (опрос по основным жалобам и просмотр предшествующего анамнеза клиента (при наличии)) объеме, исходя из состояния здоровья Застрахованного, по подбору оптимального варианта узкопрофильного блока. Врач Сервисной организации дает Застрахованному рекомендации относительно выбора узкопрофильного блока, однако итоговый выбор узкопрофильного блока обследования во всех случаях остается за Застрахованным.

##### 1.1.1.2. Прием и консультация врача-терапевта Медицинской организации:

Сбор анамнеза, проверка жизненных, физических и антропометрических показателей (пульс, артериальное давление, аускультация легких, сердца, термометрия). Подготовка заключения по результатам обследования с перечнем назначений по лечению выявленных заболеваний и рекомендаций по ведению здорового образа жизни. В случае выявления заболеваний или их симптомов – врач Медицинской организации ставит диагноз или назначает дополнительные обследования или консультации специалистов Медицинской организации<sup>28</sup>.

1.1.1.3. Консультации врачей-специалистов Медицинской организации, в зависимости от выбранного узкопрофильного блока:

- прием и консультация врача-офтальмолога: сбор анамнеза, проверка остроты зрения;
- прием и консультация врача-кардиолога;
- прием и консультация врача-эндокринолога;
- прием и консультация врача-гастроэнтеролога;
- прием и консультация врача-уролога;
- прием и консультация врача-гинеколога;
- прием и консультация врача-маммолога.

1.1.1.4. Лабораторная диагностика (точный набор лабораторных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):

- общий анализ крови;
- лейкоцитарная формула (дифференцированный подсчет лейкоцитов, лейкоцитограмма);
- СОЭ (скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи (с микроскопией осадка);
- холестерол общий (холестерин);
- креатинин;
- глюкоза;
- тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин);
- АлАТ (АЛТ, аланинаминотрансфераза, аланинтрансаминаза);

<sup>28</sup> Дополнительные консультации и обследования (за исключением входящих в выбранный Застрахованным узкопрофильный блок обследования) оплачиваются за счет Застрахованного.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза);
- мочевины, мочевиная кислота;
- микроскопическое исследование окрашенного нативного мазка бактериоскопия с окраской по Граму;
- креатинфосфокиназа;
- С-реактивный белок;
- гликированный гемоглобин;
- тироксин свободный (Т4 свободный);
- гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ, глутамилтранспептидаза);
- билирубин общий.

### **только при выборе Варианта страхования № 2 или 3 в разделе 7 Полиса**

- триглицериды;
- холестерол-ЛПВП (Холестерин липопротеинов высокой плотности);
- холестерол-ЛПНП (Холестерин липопротеинов низкой плотности);
- фосфатаза щелочная (ЩФ);
- кальций общий;
- калий, натрий, хлор;
- фосфор неорганический;
- функция паращитовидных желез паратиреоидный гормон (паратгормон, паратирин, ПТГ);
- Anti-HCV-total (антитела к антигенам вируса гепатита С);
- HBsAg (HBs-антиген, поверхностный антиген вируса гепатита В, «австралийский» антиген);
- хламидии определение ДНК;
- уреаплазма определение ДНК;
- микоплазма определение ДНК (соскобы);
- уреаплазма (биовар Т-960), определение ДНК;
- гарднерелла определение ДНК;
- кандиды определение ДНК;
- фолиевая кислота;
- железо;
- исследование соскобов шейки матки и цервикального канала.

1.1.1.5. Инструментальная диагностика (точный набор инструментальных исследований определяется врачом Медицинской организации в соответствии с выбранным узкопрофильным блоком):

- ЭКГ с расшифровкой;
- эхокардиография;
- цифровая флюорография (рентгенография) грудной клетки;
- УЗИ щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов;
- УЗИ органов гепатобилиарной системы (печень, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки, селезенка, поджелудочная железа);
- УЗИ почек и надпочечников;
- УЗИ мочевого пузыря, предстательной железы, определение остаточной мочи (трансабдоминально);
- УЗИ молочных желез и регионарных лимфатических узлов;
- УЗИ органов малого таза.

### **только при выборе Варианта страхования № 2 или 3 в разделе 7 Полиса**

- стресс-тест (тредмил, велоэргометрия и др);
- офтальмоскопия с узким зрачком и измерение внутриглазного давления;
- трансректальное УЗИ простаты с доплерографией кровотока (онкопоиск);
- комплексная видеоэзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) + экспресс тест на хеликобактер;

– цифровая маммография обеих молочных желез в 2-х проекциях.

1.1.2. Консультация врача-онколога в случае рекомендации врача Медицинской/Сервисной организации по результатам пройденного обследования. Консультация врача-онколога проводится в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной организации.

1.1.3. Консультация врача Сервисной организации по телефону – в сокращенном (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, пр.) или расширенном (рекомендации по выяснению дополнительной информации у врача, общие сведения по возможной эффективности назначений, рекомендации по посещению альтернативных специалистов, пр.) объеме по результатам исследования здоровья Застрахованного, предоставление общих сведений по возможной целесообразности рекомендованных Медицинской организацией дополнительных исследований/манипуляций.

1.1.4. Анализ результатов проведенного медицинского обследования и предоставление на его основе врачом Сервисной организации дополнительных рекомендаций по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами AXA Assistance, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети AXA Assistance «Medical Elite Network».

1.1.5. Предоставление второго медицинского мнения по результатам обследования в случае выявления заболеваний: онкология, неврологические заболевания, требующие хирургического лечения, и заболевания опорно-двигательного аппарата, требующие протезирования крупных суставов. Услуга оказывается только в отношении заболеваний, впервые обнаруженных в результате обследования, в количестве, определенном договором страхования, в течение срока действия Полиса. Второе медицинское мнение предоставляется мировыми экспертами в области медицины (AXA Center of Excellence, в ряды сотрудников которого входят нобелевские лауреаты (Рольф М. Цинкернагель), профессора ведущих исследовательских университетов – Париж Декарт (Жерар Фридландер), Университет Калифорнии (Леон Файн), Шанхайский Университет Фудань (Ли Чен).

1.2. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.

1.2.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

1.2.3. Организация и координация получения второго медицинского мнения от мировых экспертов в области медицины, в соответствии с п. 1.1.5. настоящей Программы.

1.2.4. В случае диагностирования онкологического заболевания, Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка,
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием,
- консультация по плану лечения онкологического заболевания,
- консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

## 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 \_\_\_\_\_, для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач Сервисной организации проводит онлайн консультацию по телефону, в ходе которой на основании предоставленной Застрахованным информации

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

определяет оптимальный вариант обследования с учетом индивидуальных рисков организма Застрахованного. Объем обследования Застрахованного определяется по результатам консультации врачом Сервисной организации с учетом варианта страхования и выбранного узкопрофильного блока.

2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 (два) раза) услуга считается полностью оказанной.

2.3. Для получения услуги второго медицинского мнения в соответствии с п. 1.1.5. Застрахованный должен позвонить по телефону \_\_\_\_\_ и следовать инструкциям врача Сервисной организации. После проведения анализа документов врачом-экспертом, Застрахованному предоставляются результаты второго медицинского мнения с рекомендациями по соответствию ранее установленного диагноза, необходимости дополнительного обследования и/или необходимого лечения. В случае необходимости в дополнительных исследованиях, все расходы оплачиваются за счет Застрахованного.

### 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Программой не предусмотрено оказание услуг лицам, у которых выявлены следующие заболевания:

- ВИЧ-инфекция;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- туберкулез;
- ДЦП;
- хронических гепатитов: В, С, D, E и др;
- В рамках настоящей Программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:
- консультация врача-онколога без письменных рекомендаций врача Медицинской/Сервисной организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- услуги стационара, стационара одного дня;
- услуги, связанные с лечением заболеваний и их осложнений;
- услуги, оказанные после окончания срока действия Договора.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 6а

### ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Настоящая Программа состоит из двух блоков:

**Блок № 1** – Лечение критических и онкологических заболеваний на территории Российской Федерации, в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования, при условии диагностирования критического или онкологического заболевания в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования), учитывая условия применения периода ожидания;

**Блок № 2** – Медицинский консьерж на территории Российской Федерации, в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования.

#### Блок №1

##### 1. Лечение критических и онкологических заболеваний на территории Российской Федерации<sup>29</sup>

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) в отношении лечения покрываемых Программой заболеваний, при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия договора;
- диагноз, требующий лечения, подтвержден;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия договора и/или на протяжении периода ожидания и/или по истечении 1 (одного) года после окончания периода ожидания;
- 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 3 настоящей Программы;
- медицинские расходы возникли на территории Российской Федерации.

##### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

###### 1.1.1. Перечень заболеваний № 1

1.1.1.1. Нейрохирургия: операции в связи с травмами спинного мозга; операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы, если травматическое воздействие возникло в период действия договора.

1.1.1.2. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: реконструктивно-восстановительные операции и протезирование, включая протезирование зубов, если необходимость в этом возникла в результате несчастного случая, и травматическое воздействие возникло в период действия договора.

1.1.1.3. Лечение следующих заболеваний: болезнь Крона, Болезнь Бадда-Киари, рабдомиома сердца, миксома сердца.

###### 1.1.2. Перечень заболеваний № 2

1.1.2.1. Сердечно-сосудистая хирургия: аорто-коронарное шунтирование; коронарное стентирование, балонная ангиопластика коронарных артерий, маммарно-коронарное шунтирование коронарная эндартерэктомия, хирургические методы лечения аневризмы аорты, замена-протезирование сердечных клапанов, установка кардиостимулятора.

1.1.2.2. Нейрохирургия: операции в связи с доброкачественными опухолями головного мозга; операции в связи с доброкачественными опухолями позвоночника, спинного мозга

<sup>29</sup> При невозможности лечения диагностированного в соответствии с условиями Программы заболевания на территории Российской Федерации, по согласованию Страховщика возможна организация лечения за пределами Российской Федерации, исключая территорию Соединенных Штатов Америки.

и периферических нервов; эмболизация неразорвавшейся церебральной аневризмы; Неврологическая реабилитация.

1.1.2.3. Ортопедическая хирургия: эндопротезирование тазобедренного сустава; поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава; эндопротезирование коленного сустава; эндопротезирование других суставов; ортопедическая реабилитация.

1.1.2.4. Онкология: хирургические методы лечения; лучевая терапия; химиотерапия; иммунотерапия; гормонотерапия.

### **1.2. Медицинские и иные услуги:**

В соответствии с настоящей Программой, Страховщик организует и оплачивает следующие медицинские услуги и лечение в стационаре:

1.2.1. амбулаторно-поликлинические услуги:

1.2.1.1. консультации врачом-специалистом, лабораторные и инструментальные исследования для подтверждения диагноза, и метода лечения в соответствии с настоящей Программой, в случае необходимости.

1.2.2. услуги стационара:

1.2.2.1. консультации лечащим врачом;

1.2.2.2. лабораторные и инструментальные исследования;

1.2.2.3. хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;

1.2.2.4. физиотерапия;

1.2.2.5. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

1.2.2.6. пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;

1.2.2.7. лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в стационаре, а в случае диагностирования онкологического заболевания и в амбулаторно-поликлинических условиях;

1.2.2.8. пребывание в одноместных палатах, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост.

### **1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.3.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги персонального менеджера.

1.3.2. В случае диагностирования критических/онкологических заболеваний, в соответствии с пунктом 1.1. Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- организация услуг для подтверждения диагноза;
- организация доступа к лучшим врачам по данной нозологии;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием, консультации по плану лечения;
- консультации по выбору профильной медицинской организации, организация госпитализации;
- персональный менеджер, сопровождающий на всех этапах лечения;
- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
- организация улучшенного сервиса при организации лечения (размещение в одноместной палате).

## **Блок №2**

### **2. Медицинский консьерж на территории Российской Федерации**

#### **2.1. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

2.1.1. услуги в рамках информационной поддержки:

- предоставление информации о наличии медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- предоставление информации о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- подбор медицинского учреждения, отвечающего требованиям клиента;
- помощь в определении характера медицинской проблемы на основе симптомов;
- подбор медучреждения в соответствии со спецификой заболевания;
- подбор медучреждения для прохождения обследования;
- предоставление информации о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну.

2.1.2. услуги по организации медицинских услуг, не входящих в программу страхования (все медицинские услуги, за исключением п. 1 настоящей Программы) за счет Застрахованного:

- организация амбулаторно-поликлинической помощи;
- организация помощи на дому;
- организация плановой и экстренной госпитализации;
- организация услуг скорой помощи;
- организация медицинской транспортировки;
- организация санитарной авиации;
- организация стоматологического лечения (в т. ч. протезирования);
- организация санаторно-курортного лечения;
- организация реабилитационно-восстановительного лечения;
- организация лечения за рубежом;
- организация комплексного медицинского обследования, в т.ч. и за рубежом;
- организация и проведение вакцинации, в т.ч. и на дому;
- организация забора анализов на дому;
- организация услуг переводчика во время лечения;
- вызов такси от аэропорта до отеля/медучреждения в случае организации медицинских услуг за рубежом;
- бронирование отеля/билетов для Застрахованного или его родственников в случае организации медицинских услуг за рубежом.

### 3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Страховщика (его уполномоченного представителя). При первом обращении Застрахованному будет назначен персональный менеджер, который будет осуществлять взаимодействие с Застрахованным по всем вопросам обслуживания в рамках настоящей Программы.

3.2. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1.:

3.2.1. в случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий заболевания;

3.2.2. застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю) 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, подлежащего лечению методами, указанными в программе страхования;

3.2.3. предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы подтверждающие установленный диагноз;

3.2.4. в случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя) пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза;

3.2.5. для организации медицинских услуг в соответствии с Программой Застрахованным, предоставляются Страховщику (его уполномоченному представителю) следующие документы:



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- уведомление о страховом случае – форма размещена на официальном сайте Страховщика;
  - копия страхового полиса;
  - согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам – форма размещена на официальном сайте Страховщика;
  - направление лечащего врача на лечение;
  - 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;
  - страховщик (его уполномоченный представитель) имеет право запросить, а Застрахованный обязан предоставить, любые дополнительные документы по страховому случаю, в том числе выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащей информацию об имеющихся у застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях, медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания) об отсутствии обращений за последние 5(пять) лет и прочие;
  - при необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель) имеет право запрашивать другие документы у Застрахованного, а также 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.
- 3.2.6. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем Разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 7 (семи) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.
- 3.2.7. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 3 (трех) рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов необходимых для дополнительного предоставления.
- 3.2.8. Срок рассмотрения Страховщиком (его уполномоченным представителем) предоставленных дополнительных документов составляет не более 3 (трех) рабочих дней со дня их получения.
- 3.2.9. После верификации диагноза Страховщик (его уполномоченный представитель) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.
- 3.2.10. При признании случая не страховым (или при признании диагноза не соответствующим 1.1. Программы), Страховщик (его уполномоченный представитель) письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы. В этом случае медицинская помощь может быть организована в рамках медицинского консьержа за счет Застрахованного.
- 3.2.11. Выбор клиники на территории Российской Федерации для госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем) исходя из медицинской целесообразности и с учетом желания Застрахованного. После верификации диагноза Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному для выбора список из не менее 3 (трех) медицинских учреждений в соответствии с профилем заболевания.
- 3.2.12. После подтверждения Застрахованным выбора медицинского учреждения, Страховщик (его уполномоченный представитель) начинает организовывать лечение. Дата госпитализации согласовывается Страховщиком (его уполномоченным представителем) с Застрахованным.
- 3.2.13. Сроки организации лечения Страховщиком (его уполномоченным представителем) после верификации диагноза – не более 15 (пятнадцати) рабочих дней.

3.2.14. В случае организации лечения за пределами города проживания Застрахованного, все мероприятия по организации поездки с целью проведения лечения заболевания в соответствии с пунктом 1.1. Программы могут быть проведены Страховщиком (его уполномоченным представителем) за счет Застрахованного. Страховщик (его уполномоченный представитель) в этом случае определяет даты поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут согласованы с Застрахованным, с целью предоставления достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

3.3. Для получения услуг медицинского консьержа на территории Российской Федерации в соответствии с разделом 2 Программы Застрахованный должен позвонить персональному менеджеру по телефону круглосуточного медицинского пульта.

#### 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

В части «Критические/онкологические заболевания и профилактические операции, показанные клиенту (в том числе для профилактики или после инсультов и инфарктов)»:

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 случаях:

4.1.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного (более 0,5 (ноль пять) промилле), наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

4.1.2. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

4.1.3. умышленного причинения себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.1.4. участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

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

4.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в договоре страхования (Программе), и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.7. 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;

4.1.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

4.1.9. 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 изменения;

4.1.10. получения Застрахованным медицинских и иных услуг во время протекания беременности, осложнения беременности, прерывания беременности, родовспоможение, кесарево сечение, операции, относящиеся к оплодотворению и/или лечению бесплодия и/или добровольной стерилизации;

4.1.11. получения Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации, непредусмотренных программой страхования;

4.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

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

4.1.14. получения застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям диагностированным в период ожидания;

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

- злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- гиперкератозом и базально-клеточной карциномой;
- плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
- раком предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 (шести) баллов (включая) по шкале Глисона;
- хронической лимфоцитарной лейкемии (С.L.L).

4.1.16. Страхователь предоставил неверные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

4.1.17. установления факта передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

4.2. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в случаях предусмотренных законодательством России, а также в случаях:

4.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.2.2. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, террористических актов;

4.2.3. умысла Страхователя (Застрахованного);

4.2.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством России.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 66

### ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Настоящая Программа состоит из трех блоков:

Блок № 1 – Лечение критических и онкологических заболеваний на территории Российской Федерации, в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования, при условии диагностирования критического или онкологического заболевания в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования, учитывая условия применения периода ожидания;

Блок № 2 – Профилактическое обследование организма на территории Российской Федерации в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте Страховщика), в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования;

Блок № 3 – Медицинский консьерж на территории всего мира, в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования.

#### Блок № 1

##### 1. Лечение критических и онкологических заболеваний на территории Российской Федерации<sup>30</sup>

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) в отношении лечения покрываемых Программой заболеваний, при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия договора;
- диагноз, требующий лечения, подтвержден;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия договора и/или на протяжении периода ожидания и/или по истечении одного года после окончания периода ожидания;
- 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 4 настоящей Программы;
- медицинские расходы возникли на территории Российской Федерации.

##### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

###### 1.1.1. Перечень заболеваний №1

1.1.1.1. Нейрохирургия: операции в связи с травмами спинного мозга; операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы, если травматическое воздействие возникло в период действия договора.

1.1.1.2. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: реконструктивно-восстановительные операции и протезирование, включая протезирование зубов, если необходимость в этом возникла в результате несчастного случая и травматическое воздействие возникло в период действия договора.

1.1.1.3. Лечение следующих заболеваний: болезнь Крона Болезнь Бадда-Киари, рабдомиома сердца, миксома сердца.

###### 1.1.2. Перечень заболеваний №2

<sup>30</sup> При невозможности лечения диагностированного в соответствии с условиями Программы заболевания на территории Российской Федерации, по согласованию Страховщика возможна организация лечения за пределами Российской Федерации, исключая территорию Соединенных Штатов Америки.

1.1.2.1. Сердечно-сосудистая хирургия: аорто-коронарное шунтирование; коронарное стентирование, балонная ангиопластика коронарных артерий, маммарно-коронарное шунтирование коронарная эндартерэктомия, хирургические методы лечения аневризмы аорты, замена-протезирование сердечных клапанов, установка кардиостимулятора.

1.1.2.2. Нейрохирургия: операции в связи с доброкачественными опухолями головного мозга; операции в связи с доброкачественными опухолями позвоночника, спинного мозга и периферических нервов; эмболизация нераспорвавшейся церебральной аневризмы; Неврологическая реабилитация.

1.1.2.3. Ортопедическая хирургия: эндопротезирование тазобедренного сустава; поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава; эндопротезирование коленного сустава; эндопротезирование других суставов; ортопедическая реабилитация.

1.1.2.4. Онкология: хирургические методы лечения; лучевая терапия; химиотерапия; иммунотерапия; гормонотерапия.

## 1.2. Медицинские и иные услуги:

В соответствии с настоящей Программой, Страховщик организует и оплачивает следующие медицинские услуги и лечение в стационаре:

1.2.1. амбулаторно-поликлинические услуги:

1.2.1.1. консультации врачом-специалистом, лабораторные и инструментальные исследования для подтверждения диагноза, и метода лечения в соответствии с настоящей Программой, в случае необходимости.

1.2.2. услуги стационара:

1.2.2.1. консультации лечащим врачом;

1.2.2.2. лабораторные и инструментальные исследования;

1.2.2.3. хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;

1.2.2.4. физиотерапия;

1.2.2.5. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

1.2.2.6. пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;

1.2.2.7. лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в стационаре, а в случае диагностирования онкологического заболевания и в амбулаторно-поликлинических условиях;

1.2.2.8. пребывание в одноместных палатах, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост.

## 1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.3.1. телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги персонального менеджера;

1.3.2. в случае диагностирования критических/онкологических заболеваний, в соответствии с пунктом 1.1. Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- организация услуг для подтверждения диагноза;
- организация доступа к лучшим врачам по данной нозологии;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием, консультации по плану лечения;
- консультации по выбору профильной медицинской организации, организация госпитализации;
- персональный менеджер, сопровождающий на всех этапах лечения;
- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
- организация улучшенного сервиса при организации лечения (размещение в одноместной палате).

**Блок № 2**

**2. Профилактическое обследование на территории Российской Федерации  
(не более одного раза в период действия договора страхования)**

**2.1. Медицинские и иные услуги:**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного 1 (один) раз в год, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте Страховщика).

**2.1.1. Амбулаторно-поликлинические услуги:**

**2.1.1.1. консультации врачей – специалистов:**

- первичный прием (осмотр, консультация) врача-терапевта;
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (авторефрактометрия, офтальмотонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия);
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-невролога;
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-уролога;
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога;
- первичный прием врача-гастроэнтеролога (осмотр, консультация);
- первичный прием врача-хирурга (осмотр, консультация);
- первичный прием врача-кардиолога (осмотр, консультация);
- первичный прием врача-эндокринолога (осмотр, консультация).

**2.1.1.2. Лабораторная диагностика:**

- клинический (общий) анализ крови с лейкоцитарной формулой (5DIFF);
- СОЭ (скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи;
- протромбин (время, по Квику, МНО);
- общий белок;
- креатинин;
- мочевины;
- билирубин общий;
- аланинаминотрансфераза (АЛТ);
- аспартатаминотрансфераза (АСТ);
- амилаза;
- щелочная фосфатаза;
- гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ);
- С-реактивный белок ультрачувствительный;
- мочевая кислота;
- триглицериды;
- холестерин общий;
- холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП, HDL);
- холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП, LDL);
- натрий, калий, хлор (Na/K/Cl);
- кальций общий;
- глюкоза;
- альфа-фетопротеин (АФП);
- раково-эмбриональный антиген (РЭА);
- простатоспецифический антиген (ПСА) общий;
- ВиС, HBs-Ag, anti-HCV;
- ТТГ;
- Т4;
- ат к ТПО;
- кортизол;
- альдостерон;
- тестостерон общий, свободный;
- СА-125;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- антиген СА 15-3;
- пролактин;
- эстрадиол;
- прогестерон;
- мазок на флору;
- экспресс тест на хеликобактер;
- исследование мазка на онкоцитологию;
- ПЦР №6.

### 2.1.1.3. Инструментальная диагностика:

- УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка);
- УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез;
- УЗИ почек и надпочечников;
- УЗИ мочевого пузыря;
- ТРУЗИ;
- УЗИ органов малого таза (матки и придатков);
- УЗИ молочных желез (для женщин старше 40 лет);
- дуплексное исследование сосудов шеи с цветовым картированием (внутренние и наружные сонные артерии, позвоночные артерии);
- дуплексное исследование транскраниальных сосудов головного мозга с цветовым картированием;
- эхокардиография (УЗИ сердца в Ви М-режимах, в режиме импульсноволнового, непрерывноволнового и цветного доплера);
- электрокардиография с расшифровкой и описанием данным;
- эндоскопические исследования (в т.ч. колоноскопия, кольпоскопия, видеоэзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС));
- рентгенография или флюорография.

### 2.1.2. Услуги дневного стационара:

2.1.2.1. Пребывание в палате дневного стационара при прохождении профилактического обследования не более одного дня и при наличии данной возможности в Медицинской организации.

2.1.3. Анализ результатов проведенного медицинского обследования и предоставление на его основе врачом Сервисной организации дополнительных рекомендаций по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами Партнера, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети Партнера.

### 2.2. Сервисные услуги:

2.2.1. телефонный медицинский пульс 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование;

2.2.2. полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

## Блок №3

### 3. Медицинский консьерж на территории всего мира

#### 3.1. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

##### 3.1.1. Услуги в рамках информационной поддержки:

- предоставление информации о наличии медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- предоставление информации о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- подбор медицинского учреждения, отвечающего требованиям клиента;
- помощь в определении характера медицинской проблемы на основе симптомов;
- подбор медучреждения в соответствии со спецификой заболевания;
- подбор медучреждения для прохождения обследования;
- предоставление информации о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну.

3.1.2. Услуги по организации медицинских услуг, не входящих в программу страхования (все медицинские услуги, за исключением разделов 1 и 2 настоящей Программы) за счет Застрахованного:

- организация амбулаторно-поликлинической помощи;
- организация помощи на дому;
- организация плановой и экстренной госпитализации;
- организация услуг скорой помощи;
- организация медицинской транспортировки;
- организация санитарной авиации;
- организация стоматологического лечения (в т. ч. протезирования);
- организация санаторно-курортного лечения;
- организация реабилитационно-восстановительного лечения;
- организация лечения за рубежом;
- организация комплексного медицинского обследования, в т.ч. и за рубежом;
- организация и проведение вакцинации, в т.ч. и на дому;
- организация забора анализов на дому;
- организация услуг переводчика во время лечения;
- вызов такси от аэропорта до отеля/медучреждения в случае организации медицинских услуг за рубежом;
- бронирование отеля/билетов для Застрахованного или его родственников в случае организации медицинских услуг за рубежом.

### 4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

4.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Страховщика (его уполномоченного представителя). При первом обращении Застрахованному будет назначен персональный менеджер, который будет осуществлять взаимодействие с Застрахованным по всем вопросам обслуживания в рамках настоящей Программы.

4.2. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1.:

4.2.1. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий заболевания.

4.2.2. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю) 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, подлежащего лечению методами, указанными в программе страхования.

4.2.3. Предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы подтверждающие установленный диагноз.

4.2.4. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя), пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза.

4.2.5. Для организации медицинских услуг в соответствии с Программой Застрахованным, предоставляются Страховщику (его уполномоченному представителю) следующие документы:

- уведомление о страховом случае – форма размещена на официальном сайте Страховщика;
- копия страхового полиса;



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам – форма размещена на официальном сайте Страховщика;
- направление лечащего врача на лечение;
- 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;
- Страховщик (его уполномоченный представитель) имеет право запросить, а застрахованный обязан предоставить, любые дополнительные документы по страховому случаю, в том числе выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащей информацию об имеющихся у застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях, медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания) об отсутствии обращений за последние 5 (пять) лет и прочие;
- при необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель) имеет право запрашивать другие документы у Застрахованного, а также 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.

4.2.6. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем Разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 7 (семи) рабочих дней проводит анализ полученных документов, и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

4.2.7. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 3 (трех) рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов необходимых для дополнительного предоставления.

4.2.8. Срок рассмотрения Страховщиком (его уполномоченным представителем) предоставленных дополнительных документов составляет не более 3 (трех) рабочих дней со дня их получения.

4.2.9. После верификации диагноза Страховщик (его уполномоченный представитель) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

4.2.10. При признании случая не страховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 1.1. Программы), Страховщик (его уполномоченный представитель) письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы. В этом случае медицинская помощь может быть организована в рамках медицинского консьержа за счет Застрахованного.

4.2.11. Выбор клиники на территории Российской Федерации для госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем) исходя из медицинской целесообразности и с учетом желания Застрахованного. После верификации диагноза Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному для выбора список из не менее 3 (трех) медицинских учреждений в соответствии с профилем заболевания.

4.2.12. После подтверждения Застрахованным выбора медицинского учреждения, Страховщик (его уполномоченный представитель) начинает организовывать лечение. Дата госпитализации согласовывается Страховщиком (его уполномоченным представителем) с Застрахованным.

4.2.13. Сроки организации лечения Страховщиком (его уполномоченным представителем) после верификации диагноза – не более 15 (пятнадцати) рабочих дней.

4.2.14. В случае организации лечения за пределами города проживания Застрахованного, все мероприятия по организации поездки с целью проведения лечения заболевания в соответствии с пунктом 1.1. Программы могут быть проведены Страховщиком (его уполномоченным представителем) за счет Застрахованного. Страховщик (его уполномоченный представитель) в этом случае определяет даты поездки на основе

утвержденного графика лечения. Эти даты будут согласованы с Застрахованным, с целью предоставления достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

4.3. Для организации профилактического обследования в соответствии с разделом 2:

4.3.1. Застрахованный должен позвонить персональному менеджеру по телефону круглосуточного медицинского пульта, и оставить заявку.

4.3.2. Не позднее чем через 1 (один) час, с Застрахованным свяжется менеджер для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования.

4.3.3. В случае организации профилактического обследования за пределами города проживания Застрахованного, все мероприятия по организации поездки с целью проведения профилактического обследования в соответствии с разделом 2 могут быть проведены Страховщиком (его уполномоченным представителем), но за счет Застрахованного. Страховщик (его уполномоченный представитель) в этом случае определяет даты поездки на основе утвержденного графика обследования. Эти даты будут согласованы с Застрахованным, с целью предоставления достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

4.3.4. По результатам проведенного медицинского обследования Застрахованный получит медицинское заключение от Медицинской организации и подготовленное на его основе заключение с дополнительными рекомендациями по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами Партнера, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети Партнера.

4.4. Для получения услуг медицинского консьержа в соответствии с разделом 3 Застрахованный должен позвонить персональному менеджеру по телефону круглосуточного медицинского пульта

## **5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ**

В части «Критические/онкологические заболевания и профилактические операции, показанные клиенту (в том числе для профилактики или после инсультов и инфарктов)»:

5.1. 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:

5.1.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного (более 0,5 (ноль пять) промилле), наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

5.1.2. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

5.1.3. умышленного причинения себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.1.4. участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

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

5.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в договоре страхования (Программе), и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

5.1.7. 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;

5.1.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

5.1.9. 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 изменения;

5.1.10. получения Застрахованным медицинских и иных услуг во время протекания беременности, осложнения беременности, прерывания беременности, родовспоможение, кесарево сечение, операции, относящиеся к оплодотворению и/или лечению бесплодия и/или добровольной стерилизации;

5.1.11. получения Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации, непредусмотренных программой страхования;

5.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

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

5.1.15. получения застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям диагностированным в период ожидания;

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

- злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- гиперкератозом и базально-клеточной карциномой;
- плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);
- раком предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 (шести) баллов (включая) по шкале Глисона;
- хронической лимфоцитарной лейкемии (С.L.L).

5.1.17. Страхователь предоставил неверные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

5.1.18. установления факта передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

5.2. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в случаях предусмотренных законодательством России, а также в случаях:

5.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.2.2. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, террористических актов;

5.2.3. умысла Страхователя (Застрахованного);

5.2.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством России.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 6в

### ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Настоящая Программа состоит из трех блоков:

**Блок № 1** – Лечение критических и онкологических заболеваний на территории Российской Федерации и за рубежом, в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования, при условии диагностирования критического или онкологического заболевания в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования, учитывая условия применения периода ожидания;

**Блок № 2** – Профилактическое обследование организма на территории Российской Федерации или за рубежом в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте Страховщика), в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования;

**Блок № 3** – Медицинский консьерж на территории всего мира, в течение периода действия договора страхования, определенного договором страхования.

#### Блок №1

##### **1. Лечение критических и онкологических заболеваний на территории Российской Федерации<sup>31</sup> и за рубежом**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) в отношении лечения покрываемых Программой заболеваний, при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- лечение проводится в течение срока действия договора;
- диагноз, требующий лечения, подтвержден;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия договора и/или на протяжении периода ожидания и/или по истечении одного года после окончания периода ожидания;
- 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 4 настоящей Программы;
- медицинские расходы возникли за пределами Соединенных Штатов Америки.

##### **1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:**

###### **1.1.1. Перечень заболеваний № 1**

1.1.1.1. Нейрохирургия: операции в связи с травмами спинного мозга; операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы, если травматическое воздействие возникло в период действия договора.

1.1.1.2. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: реконструктивно-восстановительные операции и протезирование, включая протезирование зубов, если необходимость в этом возникла в результате несчастного случая и травматическое воздействие возникло в период действия договора.

1.1.1.3. Лечение следующих заболеваний: болезнь Крона Болезнь Бадда-Киари, рабдомиома сердца, миксома сердца.

<sup>31</sup> При невозможности лечения диагностированного в соответствии с условиями Программы заболевания на территории Российской Федерации, по согласованию Страховщика возможна организация лечения за пределами Российской Федерации, исключая территорию Соединенных Штатов Америки

1.1.2. Перечень заболеваний № 2

1.1.2.1. Сердечно-сосудистая хирургия: аорто-коронарное шунтирование; коронарное стентирование, балонная ангиопластика коронарных артерий, маммарно-коронарное шунтирование коронарная эндартерэктомия, хирургические методы лечения аневризмы аорты, замена протезирование сердечных клапанов, установка кардиостимулятора.

1.1.2.2. Нейрохирургия: операции в связи с доброкачественными опухолями головного мозга; операции в связи с доброкачественными опухолями позвоночника, спинного мозга и периферических нервов; эмболизация неразорвавшейся церебральной аневризмы; Неврологическая реабилитация.

1.1.2.3. Ортопедическая хирургия: эндопротезирование тазобедренного сустава; поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава; эндопротезирование коленного сустава; эндопротезирование других суставов; ортопедическая реабилитация.

1.1.2.4. Онкология: хирургические методы лечения; лучевая терапия; химиотерапия; иммунотерапия; гормонотерапия.

**1.2. Медицинские и иные услуги:**

В соответствии с настоящей Программой, Страховщик организует и оплачивает следующие медицинские услуги и лечение в стационаре:

1.2.1. амбулаторно-поликлинические услуги:

1.2.1.1. консультации врачом-специалистом, лабораторные и инструментальные исследования для подтверждения диагноза, и метода лечения в соответствии с настоящей Программой, в случае необходимости.

1.2.2. услуги стационара:

1.2.2.1. консультации лечащим врачом;

1.2.2.2. лабораторные и инструментальные исследования;

1.2.2.3. хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;

1.2.2.4. физиотерапия;

1.2.2.5. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

1.2.2.6. пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;

1.2.2.7. лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в стационаре, а в случае диагностирования онкологического заболевания и в амбулаторно-поликлинических условиях;

1.2.2.8. пребывание в одноместных палатах, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост.

**1.3. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.3.1. телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги персонального менеджера;

1.3.2. в случае диагностирования критических/онкологических заболеваний, в соответствии с пунктом 1.1. Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- организация услуг для подтверждения диагноза;
- организация доступа к лучшим врачам по данной нозологии;
- круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием, консультации по плану лечения;
- консультации по выбору профильной медицинской организации, организация госпитализации;
- персональный менеджер, сопровождающий на всех этапах лечения;
- круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
- информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
- организация улучшенного сервиса при организации лечения (размещение в 1-местной палате).

1.3.3. в случае организации лечения за рубежом:

- полная организация поездки для Застрахованного и Сопровождающего (билеты, отель, такси, переводчик, помощь с визой);

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- подготовка пакета документов застрахованного необходимого Клинике в целях оказания Медицинских услуг – перевод документов на необходимый язык, формирование медицинского файла;
- координация прибытия клиента и сопровождающего;
- координация прохождения лечения в клинике;
- координация возврата Застрахованного и сопровождающего домой;
- организация перевода и предоставления выписки на русском языке;
- организация посмертной репатриации при летальном исходе;
- организация доставки медикаментов в РФ по назначению лечащего врача после лечения;
- информационная поддержка по пройденному лечению.

### Блок №2

#### **2. Профилактическое обследование на территории Российской Федерации или за рубежом (не более одного раза в период действия договора страхования)**

##### **2.1. Медицинские и иные услуги:**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованного 1 (один) раз в год, в одной из Медицинских организаций из предлагаемого списка (полный актуальный список медицинских организаций по городам доступен на официальном сайте Страховщика);

##### **2.1.1. амбулаторно-поликлинические услуги:**

##### **2.1.1.1. консультации врачей-специалистов:**

- первичный прием (осмотр, консультация) врача терапевта;
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (авторефрактометрия, офтальмотонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия);
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-невролога;
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-уролога;
- первичный прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога;
- первичный прием врача-гастроэнтеролога (осмотр, консультация);
- первичный прием врача-хирурга (осмотр, консультация);
- первичный прием врача-кардиолога (осмотр, консультация);
- первичный прием врача-эндокринолога (осмотр, консультация);

##### **2.1.1.2. Лабораторная диагностика:**

- клинический (общий) анализ крови с лейкоцитарной формулой (5DIFF);
- СОЭ (скорость оседания эритроцитов);
- общий анализ мочи;
- протромбин (время, по Квику, МНО);
- общий белок;
- креатинин;
- мочевины;
- билирубин общий;
- аланинаминотрансфераза (АЛТ);
- аспартатаминотрансфераза (АСТ);
- амилаза;
- щелочная фосфатаза;
- гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ);
- С-реактивный белок ультрачувствительный;
- мочевая кислота;
- триглицериды;
- холестерин общий;
- холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП, HDL);
- холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП, LDL);
- натрий, калий, хлор (Na/K/Cl);
- кальций общий;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- глюкоза;
- альфа-фетопропротеин (АФП);
- раково-эмбриональный антиген (РЭА);
- простатоспецифический антиген (ПСА) общий;
- ВиЧ, HBs-Ag, anti-HCV;
- ТТГ;
- Т4;
- ат К ТПО;
- кортизол;
- альдостерон;
- тестостерон общий, свободный;
- СА-125;
- антиген СА 15-3;
- пролактин;
- эстрадиол;
- прогестерон;
- мазок на флору;
- ПЦР №6;
- экспресс тест на хеликобактер;
- исследование мазка на онкоцитологию.
- 2.1.1.3. Инструментальная диагностика:
- УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка);
- УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез;
- УЗИ почек и надпочечников;
- УЗИ мочевого пузыря;
- ТРУЗИ;
- УЗИ органов малого таза (матки и придатков);
- УЗИ молочных желез (для женщин в возрасте от 40 лет);
- дуплексное исследование сосудов шеи с цветовым картированием (внутренние и наружные сонные артерии, позвоночные артерии);
- дуплексное исследование транскраниальных сосудов головного мозга с цветовым картированием;
- эхокардиография (УЗИ сердца в Ви М-режимах, в режиме импульсноволнового, непрерывноволнового и цветного доплера);
- электрокардиография с расшифровкой и описанием данным;
- эндоскопические исследования (в т.ч. колоноскопия, кольпоскопия, видеоэзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС));
- рентгенография или флюорография.

### 2.1.2. Услуги дневного стационара

2.1.2.1. Пребывание в палате дневного стационара при прохождении профилактического обследования не более одного дня и при наличии данной возможности в Медицинской организации.

2.1.3. Анализ результатов проведенного медицинского обследования и предоставление на его основе врачом Сервисной организации дополнительных рекомендаций по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами Партнера, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети Партнера.

### 2.2. Сервисные услуги:

2.2.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование;

2.2.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

### Блок №3

#### 3. Медицинский консьерж на территории всего мира

##### 3.1. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

##### 3.1.1. услуги в рамках информационной поддержки:

- предоставление информации о наличии медицинских учреждений того или иного профиля в регионе/городе по запросу клиента;
- предоставление информации о медицинском учреждении: наличие специалистов, перечень оказываемых услуг, уровень сервиса, оснащенность, цены;
- подбор медицинского учреждения, отвечающего требованиям клиента;
- помощь в определении характера медицинской проблемы на основе симптомов;
- подбор медучреждения в соответствии со спецификой заболевания;
- подбор медучреждения для прохождения обследования;
- предоставление информации о вакцинации, в том числе, для поездки в другую страну;

– 3.1.2. Услуги по организации медицинских услуг, не входящих в Программу страхования (все медицинские услуги, за исключением разделов 1 и 2 настоящей Программы) за счет Застрахованного:

- организация амбулаторно-поликлинической помощи;
- организация помощи на дому;
- организация плановой и экстренной госпитализации;
- организация услуг скорой помощи;
- организация медицинской транспортировки;
- организация санитарной авиации;
- организация стоматологического лечения (в т. ч. протезирования);
- организация санаторно-курортного лечения;
- организация реабилитационно-восстановительного лечения;
- организация лечения за рубежом;
- организация комплексного медицинского обследования, в т.ч. за рубежом;
- организация и проведение вакцинации, в т.ч. и на дому;
- организация забора анализов на дому;
- организация услуг переводчика во время лечения;
- вызов такси от аэропорта до отеля/медучреждения в случае организации медицинских услуг за рубежом;
- бронирование отеля/билетов для Застрахованного или его родственников в случае организации медицинских услуг за рубежом.

#### 4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

4.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Страховщика (его уполномоченного представителя). При первом обращении Застрахованному будет назначен персональный менеджер, который будет осуществлять взаимодействие с Застрахованным по всем вопросам обслуживания в рамках настоящей Программы.

4.2. В случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 1.1.:

4.2.1. в случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 1.1. Программы Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий заболевания;

4.2.2. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю) 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, подлежащего лечению методами, указанными в программе страхования.

4.2.3. предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы подтверждающие установленный диагноз.

4.2.4. в случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя), пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза.

4.2.5. для организации медицинских услуг в соответствии с Программой Застрахованным, предоставляются Страховщику (его уполномоченному представителю) следующие документы:

- уведомление о страховом случае – форма размещена на официальном сайте Страховщика;
- копия страхового полиса;
- согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам – форма размещена на официальном сайте Страховщика;
- направление лечащего врача на лечение;
- 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;
- Страховщик (его уполномоченный представитель) имеет право запросить, а Застрахованный обязан предоставить, любые дополнительные документы по страховому случаю, в том числе выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащей информацию об имеющихся у застрахованного до заключения договора страхования заболеваний, медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания) об отсутствии обращений за последние 5 (пять) лет и прочие;
- при необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель) имеет право запрашивать другие документы у Застрахованного, а также 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.

4.2.6. После получения Уведомления о поставленном диагнозе и полного пакета документов, указанного в настоящем Разделе Программы (Порядке оказания услуг), Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 7 (семи) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

4.2.7. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 3 (трех) рабочих дней письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительной информации с указанием документов необходимых для дополнительного предоставления.

4.2.8. Срок рассмотрения Страховщиком (его уполномоченным представителем) предоставленных дополнительных документов составляет не более 3 (трех) рабочих дней со дня их получения.

4.2.9. После верификации диагноза Страховщик (его уполномоченный представитель) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.

4.2.10. При признании случая не страховым (или при признании диагноза не соответствующим п. 1.1. Программы), Страховщик (его уполномоченный представитель) письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы. В этом случае медицинская помощь может быть организована в рамках медицинского консьержа за счет Застрахованного.

4.2.11. Выбор клиники на территории Российской Федерации или за рубежом для госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

представителем) исходя из медицинской целесообразности и с учетом желания Застрахованного. После верификации диагноза Страховщик (его уполномоченный представитель) в течение 7 (семи) рабочих дней предоставляет Застрахованному для выбора список из не менее 3 (трех) медицинских учреждений в соответствии с профилем заболевания.

4.2.12. После подтверждения Застрахованным выбора медицинского учреждения, Страховщик (его уполномоченный представитель) начинает организовывать лечение. Дата госпитализации согласовывается Страховщиком (его уполномоченным представителем) с Застрахованным.

4.2.13. Сроки организации лечения Страховщиком (его уполномоченным представителем) после верификации диагноза:

- при отсутствии необходимости оформления Застрахованному визы – не более 15 (пятнадцати) рабочих дней;

- при необходимости оформления Застрахованному визы – не более 30 (тридцати) рабочих дней.

4.2.14. В случае диагностирования заболевания в соответствии с п. 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения на территории Российской Федерации или за рубежом в рамках лимитов, установленных Договором страхования.

4.2.15. Все мероприятия по организации поездки с целью проведения лечения заболевания в соответствии с п. 1.1. проводит Страховщик (его уполномоченный представитель) и несет ответственность за определение дат поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Страховщика (его уполномоченного представителя), Застрахованный выплатит компенсацию Страховщику (его уполномоченному представителю) в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по организации поездки, если изменения не будут подтверждены в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

4.3. Для организации профилактического обследования в соответствии с разделом 2 на территории Российской Федерации или за рубежом:

4.3.1. Застрахованный должен позвонить персональному менеджеру по телефону круглосуточного медицинского пульта, и оставить заявку.

4.3.2. Не позднее, чем через 1 (один) час, с Застрахованным свяжется менеджер для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования.

4.3.3. В случае организации профилактического обследования за пределами города проживания Застрахованного, все мероприятия по организации поездки с целью проведения профилактического обследования в соответствии с разделом 2 могут быть проведены Страховщиком (его уполномоченным представителем), но за счет Застрахованного. Страховщик (его уполномоченный представитель) в этом случае определяет даты поездки на основе утвержденного графика обследования. Эти даты будут согласованы с Застрахованным, с целью предоставления достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

4.3.4. По результатам проведенного медицинского обследования Застрахованный получит медицинское заключение от Медицинской организации и подготовленное на его основе заключение с дополнительными рекомендациями по питанию, образу жизни, последующему контролю здоровья в соответствии с международными стандартами Партнера, разработанными совместно с лучшими практикующими медицинскими специалистами сети Партнера.

4.4. Для получения услуг медицинского консьержа по всему миру в соответствии с разделом 3 Программы Застрахованный должен позвонить персональному менеджеру по телефону круглосуточного медицинского пульта (по телефону при осуществлении звонка из-за границы).

### 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

В части «Критические/онкологические заболевания и профилактические операции, показанные клиенту (в том числе для профилактики или после инсультов и инфарктов)»:

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

5.1. 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:

5.1.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного (более 0,5 (ноль пять) промилле), наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

5.1.2. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

5.1.3. умышленного причинения себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.1.4. участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

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

5.1.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в договоре страхования (Программе), и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

5.1.7. 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;

5.1.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;

5.1.9. 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 изменения;

5.1.10. получения Застрахованным медицинских и иных услуг во время протекания беременности, осложнения беременности, прерывания беременности, родовспоможение, кесарево сечение, операции, относящиеся к оплодотворению и/или лечению бесплодия и/или добровольной стерилизации;

5.1.11. получения Застрахованным стоматологических услуг и услуг по реабилитации, непредусмотренных программой страхования;

5.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), и бариатрические операции, включающие в себя, но не ограничивающиеся ушиванием желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

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

5.1.14. получения застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям диагностированных в период ожидания;

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

- злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- гиперкератозом и базально-клеточной карциномой;
- плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

– раком предстательной железы, который диагностирован гистологически, как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 (шести) баллов (включая) по шкале Глисона;

– хронической лимфоцитарной лейкемии (С.L.L).

5.1.16. Страхователь предоставил неверные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

5.1.17. установления факта передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

5.2. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в случаях предусмотренных законодательством России, а также в случаях:

5.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.2.2. военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий, террористических актов;

5.2.3. умысла Страхователя (Застрахованного);

5.2.4. в иных случаях, предусмотренных законодательством России.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 7а

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации проводятся с использованием сервиса «\_\_\_\_\_», 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 \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_»), а именно:<sup>32</sup>

- срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом<sup>33</sup>, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) 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 Программы<sup>34</sup>;
- содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>35</sup>;
- 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 «\_\_\_\_\_».

<sup>32</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 (пятнадцать) мин.

<sup>33</sup> Для возраста 1-17 (один-семнадцать) – врач-педиатр, для возраста 18-100 (восемнадцать-сто) – врач-терапевт.

<sup>34</sup> Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного, или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС.

<sup>35</sup> Диагностические обследования и лечение оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС.

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 «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «\_\_\_\_\_», 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 консультации осуществляется следующим образом:

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

– 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 \_\_\_\_\_<sup>36</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации<sup>37</sup>;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «\_\_\_\_\_» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «\_\_\_\_\_»;

– происходит соединение врача с Застрахованным (его представителем) и начинается онлайн-консультация. Время ожидания составляет не более 3 (трех) 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 «\_\_\_\_\_».

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»;<sup>38</sup>

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «\_\_\_\_\_» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «\_\_\_\_\_», 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 «\_\_\_\_\_».

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 «\_\_\_\_\_» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «\_\_\_\_\_», врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей сервиса «\_\_\_\_\_», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «\_\_\_\_\_». В случае если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему сервиса «\_\_\_\_\_», 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

<sup>36</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>37</sup> 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.

<sup>38</sup> В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет), Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону \_\_\_\_\_.

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 «\_\_\_\_\_» по контактными данным, указанным на сайте «\_\_\_\_\_», 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 «\_\_\_\_\_», 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 видеочкамаера 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 «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие<sup>39</sup>, 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.

5.4. Услуги, предусмотренные Программой, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

---

<sup>39</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».



## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 76

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации проводятся с использованием сервиса «\_\_\_\_\_», 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 «\_\_\_\_\_», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, перечень которых опубликован на официальном сайте Страховщика \_\_\_\_\_ и на сайте \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_»), а именно:<sup>40</sup>

- срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом<sup>41</sup>, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) 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 учреждений<sup>42</sup> – в количестве, определенном договором страхования на период действия договора страхования<sup>43</sup>.

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 Программы<sup>44</sup>;
- содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>45</sup>;

<sup>40</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 (пятнадцать) мин.

<sup>41</sup> Для возраста 1-17 (один-семнадцать) – врач-педиатр, для возраста 18-100 (восемнадцать-сто) – врач-терапевт.

<sup>42</sup> Информация о врачах, оказывающих данную услугу, размещена на сайте «Онлайн доктор».

<sup>43</sup> Установленный лимит длительности консультации – до 30 (тридцати) мин.

<sup>44</sup> Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного, или оказывается помощь в организации в рамках программы ОМС.

<sup>45</sup> 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 «\_\_\_\_\_».

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 «\_\_\_\_\_» 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 \_\_\_\_\_ (в случае если в Полисе не указан Страхователь и Застрахованный) и зарегистрироваться на сайте «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, вручаемой Страхователю при заключении договора страхования.

3.2. После регистрации на сайте «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «\_\_\_\_\_», 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 \_\_\_\_\_<sup>46</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте в «Личном кабинете» при регистрации<sup>47</sup>;

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «\_\_\_\_\_» 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 (трех) 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 «\_\_\_\_\_».

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»;<sup>48</sup>

– свободный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным (его представителем) с использованием сервиса «\_\_\_\_\_» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «\_\_\_\_\_», 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

<sup>46</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> В случае невозможности отправить запрос через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет), Застрахованный (его представитель) отправляет запрос по телефону\_\_\_\_\_.

Застрахованному. Застрахованному (его представителю) приходит письменное уведомление: «Врач добавил(а) заключение в системе «\_\_\_\_\_».

3.6. В случае повторной онлайн-консультации с выбранным врачом-консультантом Застрахованный (его представитель) может самостоятельно записаться на онлайн-консультацию через «Личный кабинет».

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 «\_\_\_\_\_» либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного (его представителя), указанный при регистрации на сайте «\_\_\_\_\_», 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 «\_\_\_\_\_»;

- в случае если Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации в согласованное время, он обязан уведомить об этом Администратора сервиса «\_\_\_\_\_» по контактными данным, указанным на сайте «\_\_\_\_\_», либо через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 (двадцать четыре) 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 «\_\_\_\_\_» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при регистрации на сайте «\_\_\_\_\_», врач пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей сервиса «\_\_\_\_\_», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «\_\_\_\_\_». В случае если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему сервиса «\_\_\_\_\_», 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 «\_\_\_\_\_» по контактными данным, указанным на сайте «\_\_\_\_\_», 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 «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», представитель

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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 «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие<sup>49</sup>, 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 3 (трех) раз 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.

---

<sup>49</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 8

По настоящей Программе Страховщик 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) и не позднее одного года с момента 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 (срок действия указан в Полисе) или иного срока, предусмотренного Договором страхования;
- диагноз, требующий лечения, подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования<sup>50</sup>;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора, и/или на протяжении периода ожидания (в случае если период ожидания предусмотрен договором страхования)<sup>51</sup>, и/или по истечении одного года после 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);
- 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 \_\_\_\_\_.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания:

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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 услуги<sup>52</sup>:

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;

<sup>50</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

<sup>51</sup> 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).

<sup>52</sup> Медицинские услуги преимущественно оказываются в федеральных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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 пулть 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) 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, 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 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 курация 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) \_\_\_\_\_.
- 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.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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 \_\_\_\_\_;
- 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 которого размещена на официальном сайте \_\_\_\_\_;
- 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 не страховым (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. заболевания, 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.

## **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

1.1. При наступлении страхового случая подлежат оплате медицинские услуги, оказываемые в рамках первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих, согласно Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в действующей редакции, в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 Программы.

1.2. Программа предусматривает организацию и оплату следующих медицинских услуг, а также оплату, используемых медицинским персоналом лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов:

### **1.2.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме:**

1.2.1.1. первичные, повторные, консультативные приемы, выполняемые по медицинским показаниям врачами различных специальностей, экспертиза временной нетрудоспособности;

1.2.1.2. диагностические услуги, оказанные по поводу заболевания, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в соответствии с медицинскими показаниями: рентгенологические исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования, эндоскопические исследования, лабораторная диагностика: общеклинические, биохимические, бактериологические исследования, серологические исследования;

1.2.1.3. лечебные манипуляции, выполняемые при оказании первичной медико-санитарной помощи по поводу заболевания послужившего причиной обращения за медицинской помощью;

1.2.1.4. стоматологические услуги, оказываемые при осложненном кариесе, пульпите и периодонтите, гнойно-воспалительных заболеваниях, (воспалительный инфильтрат, пародонтальный абсцесс), периостите, обострение хронического пародонтита:

- первичные осмотры стоматологом-терапевтом, стоматологом-хирургом;
- прицельная рентгенография;
- местная анестезия (проводниковая, инфльтрационная);
- оказание услуг по стоматологии терапевтической: препарирование зуба, наложение лекарственной повязки, наложение временной пломбы;
- оказание услуг по стоматологии хирургической: удаление зуба по медицинским показаниям, вскрытие абсцессов, выполнение послабляющих разрезов.

### **1.2.2. Скорая медицинская помощь.**

Оказывается только в случаях необходимости оказания медицинской помощи в экстренной форме.

1.2.2.1. услуги скорой медицинской помощи организуются Страховщиком при наличии договорных отношений с медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на оказание услуг по скорой и неотложной медицинской помощи на возмездной основе.

1.2.2.2. в случае отсутствия таких медицинских учреждений в населенном пункте по месту нахождения Застрахованного скорая и неотложная медицинская помощь оказывается Застрахованному муниципальной службой скорой и неотложной медицинской помощи. Федеральный номер для вызова муниципальной службы СиНМП «112».

### **1.2.3. Услуги службы скорой медицинской помощи:**

- выезд бригады скорой помощи;
- осмотр больного; проведение экспресс-диагностики в объеме, который определяется медицинскими показаниями;
- купирование неотложного состояния;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- организация и медицинская транспортировка при необходимости госпитализации.
- 1.2.4. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме:**
- консультации врачей-специалистов;
  - лабораторные и инструментальные исследования;
  - компьютерная и магнитно-резонансная томография;
  - хирургическое и консервативное лечение, в том числе с лечением в отделении интенсивной терапии;
  - лекарственные средства и другие необходимые для лечения средства, в том числе имплантируемые в организм человека медицинские изделия в соответствии с установленным п. 1.2. настоящей Программой страхования перечнем;
  - пребывание в стандартной (общей) палате;
  - экспертиза временной нетрудоспособности;
  - оформление различной медицинской документации.
- 1.3. Услуги по репатриации** – услуги, связанные с транспортировкой останков Застрахованного лица до транспортного узла ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания останков Застрахованного.

### **2. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

Для организации первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, Застрахованному необходимо обратиться по телефону, указанному в Полисе (договоре страхования).

Медицинская помощь организовывается в медицинских учреждениях, определяемых Страховщиком, в режиме их работы при наличии у Застрахованного Полиса и документа, удостоверяющего личность (при необходимости).

### **3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ**

3.1. В Программу не входят и не подлежат оплате следующие услуги:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

Не подлежат оплате услуги по возмещению расходов на приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, за исключением предусмотренных в настоящей Программе.

## **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 10**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному при наступлении страхового события следующих медицинских услуг:

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

#### **1.1. Медицинские и иные услуги:**

1.1.1. Дистанционные консультации по телефону по медицинским вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в количестве, определенном договором страхования, в период действия договора страхования, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- 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;
- иная справочная медицинская информация.

### **2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

2.1. Для получения услуг в рамках Программы Застрахованный должен обратиться на круглосуточный медицинский пульт по телефону \_\_\_\_\_.

2.2. Дистанционные консультации осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта, по телефону \_\_\_\_\_.

2.3. Во время проведения консультации Застрахованный предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.4. Во время проведения дистанционной консультации по телефону, 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.

2.5. Застрахованному предоставляются дистанционные консультации по телефону 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.

2.6. Услуги в форме срочной консультации врачом медицинского пульта могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно.

### **3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. Дистанционные консультации по телефону в количестве, определенном договором страхования, в период действия Договора страхования.

3.2. Любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

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

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 11

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному при наступлении страхового события следующих медицинских услуг:

- дистанционные консультации по телефону по медицинским вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного;
- плановые дистанционные консультации по телефону с профильным врачом-специалистом;
- дистанционные консультации по телефону по медицинским препаратам;
- предоставление письменного альтернативного заключения (второго медицинского мнения) от ведущих российских или зарубежных врачей-специалистов.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. **Дистанционные консультации по телефону по медицинским вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного**, в ходе которых Застрахованному предоставляется информация:

- о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза;
- о рекомендуемых методах диагностики, лечения;
- о ближайших государственных и коммерческих клиниках, наличии специалистов, режиме работы, запись на прием<sup>53</sup>;
- иная справочная медицинская информация.

1.2. **Плановые дистанционные консультации по телефону с профильным врачом-специалистом** по рекомендации врача медицинского пульта и предварительной записи;

1.3. **Дистанционные консультации по телефону по медицинским препаратам**, а именно:

1.3.1. Консультация по базе лекарств и медикаментов: описание, противопоказания, полные инструкции;

1.3.2. Консультация по целесообразности замены выписанных врачом лекарств в случае:

- если какой-либо препарат снят с производства;
- если препарат по каким-то причинам запрещен к ввозу в РФ;
- если среди равнозначных лекарств существует значительный разброс в ценах;
- если назначаемый препарат в данный момент отсутствует в аптеке.

1.4. Предоставление письменного альтернативного заключения (**второго медицинского мнения**) от ведущих российских или зарубежных врачей-специалистов, в случае документально подтвержденной необходимости аорто-коронарного шунтирования или выявления заболеваний:

- онкология,
- инфаркт,
- инсульт,
- почечная недостаточность,
- рассеянный склероз,
- болезнь Альцгеймера.

Услуга оказывается только в отношении заболеваний, впервые диагностированных в период действия договора страхования.

### 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках Программы Застрахованный должен обратиться на круглосуточный медицинский пульт по телефону \_\_\_\_\_.

2.2. Дистанционные консультации осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта или по их направлению врачами медицинских организаций,

<sup>53</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного или предоставляется консультация по организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, по телефону или другим доступным каналам связи.

2.3. Дистанционные консультации по телефону могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным медицинской информации и документации.

2.4. До начала проведения консультации Застрахованный предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, при необходимости, пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов.

2.5. Во время проведения дистанционной консультации по телефону, 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.

2.6. Застрахованному предоставляются дистанционные консультации по телефону 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.

2.7. Услуги в форме срочной консультации врачом медицинского пульта могут быть оказаны Застрахованному круглосуточно, услуги в форме консультации по записи – профильным врачом-специалистом только в заранее указанное при записи время.

2.8. Для получения письменного альтернативного заключения (второго медицинского мнения) в соответствии с п. 1.4. настоящей Программы Застрахованный должен позвонить по телефону \_\_\_\_\_ и следовать инструкциям врача медицинского пульта. По запросу врача медицинского пульта, Застрахованный должен предоставить необходимую медицинскую документацию. После проведения анализа документов врачом-экспертом, Застрахованному предоставляются результаты второго медицинского мнения с рекомендациями по соответствию, ранее установленному диагнозу, необходимости дополнительного обследования и/или необходимого лечения. В случае необходимости в дополнительных исследованиях, все расходы оплачиваются за счет Застрахованного.

2.9. Выбор клиники и профильного специалиста для предоставления письменного альтернативного заключения (второго медицинского мнения) в соответствии с пунктом 1.4. на территории Российской Федерации или за рубежом осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной организацией) исходя из медицинской целесообразности и с учетом желания Застрахованного.

### 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Плановые дистанционные консультации по телефону с профильным врачом-специалистом без рекомендации врача медицинского пульта.

3.2. Любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

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

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 12а

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованных, определенных договором страхования, по полису в целях своевременного выявления патологий, влияющих на репродуктивные способности, в одной из клиник сети «\_\_\_\_\_» (полный актуальный список клиник сети по городам доступен на официальном сайте vtbins.ru), в количестве, определенном договором страхования, а также организует оказание медицинских услуг<sup>54</sup> по верификации диагноза, лечению выявленных патологий, процедуре экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), в случае выявления в результате проведенного обследования патологий, влияющих на репродуктивные способности пары. Объем медицинских услуг из нижеперечисленных, предоставляемых каждому из Застрахованных, определяется врачом исходя из медицинской целесообразности.

#### 1.1. Медицинские и иные услуги:

##### 1.1.1. Консультации врачей-специалистов Медицинской организации:

- прием и консультация врача-терапевта первичный,
- прием и консультация врача-гинеколога первичный,
- прием и консультация врача-уролога первичный.

1.1.2. Лабораторная диагностика (точный перечень лабораторных исследований определяется врачом Медицинской организации): забор крови из вены, забор мазка, анализ крови на онкомаркер СА-125, анализ крови на простат специфический антиген (ПСА), цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала), мазок на флору, хламидии (*Chlamydia trachomatis*, соскоб), микопlasма (*Mycoplasma genitalium*, соскоб), уреapлазма (*Ureaplasma urealyticum*, соскоб), трихомонада соскоб, гонорея соскоб, гарднерелла (*Gardnerella vaginalis*, соскоб);

1.1.3. Инструментальная диагностика (точный перечень инструментальных исследований определяется врачом Медицинской организации): ЭКГ с расшифровкой, УЗИ органов малого таза, УЗИ молочных желез, УЗИ мошонки, УЗИ предстательной железы;

1.1.4. Заключение и рекомендации по результатам обследования.

1.1.5. Консультация врача-онколога в случае рекомендации врача по результатам пройденного обследования. Консультация врача-онколога проводится в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной организации.

##### 1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.1. Телефонный медицинский пульта 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.

1.2.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

1.2.3. Организация медицинских услуг<sup>55</sup>, необходимых для верификации диагноза в случае выявления в результате обследования в рамках Программы патологий, влияющих на репродуктивные способности семейной пары.

1.2.4. Организация медицинских услуг<sup>56</sup>, необходимых для лечения выявленных патологий после верификации диагноза.

<sup>54</sup> Медицинские услуги организуются и оказываются в сети клиник «\_\_\_\_\_» или федеральных профильных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, или оплачиваются за счет средств Застрахованного.

<sup>55</sup> Дополнительные медицинские услуги, выходящие за рамки Программы оплачиваются за счет средств Застрахованного или предоставляется консультация по получению необходимых услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или оплачиваются за счет средств Застрахованного.

<sup>56</sup> Медицинские услуги организуются и оказываются в сети клиник «\_\_\_\_\_» или федеральных профильных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.2.5. Организация процедуры ЭКО, при наличии медицинских показаний по результатам проведенного лечения.

1.3. Заболевания, в отношении которых оказываются сервисные услуги, предусмотренные п. 1.2.3.-1.2.5.<sup>57</sup> настоящей Программы:

1.3.1. У женщин: эрозия шейки матки -N86; образования яичников -D27; образования матки (миома) -D25; нарушение репродуктивной системы/ бесплодие -N97; воспалительные заболевания ЖПО -N70.

1.3.2. У мужчин: воспалительные заболевания ПО -N41; нарушение репродуктивной функции/ мужское бесплодие -N46; варикоцеле -I86.1.

## 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 \_\_\_\_\_, для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач медицинского пульта проводит консультацию по Программам, услугам, согласует перечень обследований с учетом специфики клиента, согласует время визита в клинику, дает рекомендации по подготовке к обследованию.

2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 (два) раза) услуга считается полностью оказанной.

2.3. Застрахованная пара проходит обследование и по результатам обследования получает письменное заключение и рекомендации по данным проведенного исследования.

2.4. В случае выявления, в соответствии с письменным заключением по данным проведенного исследования, патологий, Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная организация), по согласованию с Застрахованным, направляет Застрахованного в специализированный медицинский центр для верификации диагноза.

2.5. После верификации диагноза, в случае выявления заболеваний в соответствии с п. 1.3. настоящей Программы, Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная организация) осуществляет действия для согласования плана лечения и дальнейшей организации лечения.

2.6. При наличии медицинских показаний по результатам проведенного лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная организация) осуществляет действия по организации процедуры ЭКО.

2.7. В случае необходимости в дополнительных исследованиях, все расходы оплачиваются за счет Застрахованного.

## 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

3.1. Программой не предусмотрено оказание услуг лицам, у которых выявлены следующие заболевания:

- ВИЧ-инфекция;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- туберкулез;
- ДЦП;
- хронических гепатитов: В, С, D, Е и др.

3.2. В рамках настоящей Программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:

<sup>57</sup> В случае если заболевание впервые выявлено в результате обследования в рамках Программы в соответствии с заключением п. 1.1.4. Программы



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- консультацию врача-онколога без письменных рекомендаций врача медицинской организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой, в том числе дополнительные обследования по показаниям (например: МРТ, КТ, биопсия и т.д.);
- услуги стационара, стационара одного дня;
- услуги, связанные с лечением заболеваний не входящих в Программу и их осложнений;
- услуги, оказанные после окончания договора страхования.

## **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает профилактическое обследование Застрахованных, определенных договором страхования, по полису в целях своевременного выявления патологий, влияющих на репродуктивные способности, в одной из клиник сети «Мать и дитя» (полный актуальный список клиник сети по городам доступен на официальном сайте vtbins.ru), в количестве, определенном договором страхования, а также организует оказание медицинских услуг<sup>58</sup> по верификации диагноза, лечению выявленных патологий, процедуре экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО), в случае выявления, в результате проведенного обследования, патологий, влияющих на репродуктивные способности пары. Объем медицинских услуг из нижеперечисленных, предоставляемых каждому из Застрахованных, определяется врачом исходя из медицинской целесообразности.

### **1.1. Медицинские и иные услуги:**

#### **1.1.1. Консультации врачей-специалистов Медицинской организации:**

прием и консультация врача-терапевта первичный,  
прием и консультация врача-гинеколога первичный/повторный,  
прием и консультация врача-уролога первичный.

1.1.2. Лабораторная диагностика (точный перечень лабораторных исследований определяется врачом Медицинской организации): общий анализ мочи с микроскопией осадка, забор крови из вены, клинический анализ крови, АМГ, ФСГ, ЛГ, ТТГ, ДГЭА-сульфат, тестостерон общий, креатинин, мочевины, мочевиная кислота, триглицериды, холестерин-альфа (ЛПВП), холестерин-бета (ЛПНП), забор мазка, мазок гинекологический (микроскопия, клеточный состав, флора), Мазок из уретры (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала), микопlasма (*Mycoplasma genitalium*, соскоб), хамидии (*Chlamydia trachomatis*, соскоб), уреapлазма (*Ureaplasma urealyticum*, соскоб), гарднерелла (*Gardnerella vaginalis*, соскоб), антитела к ВГЧ I и II типа Антитела у вирусу простого герпеса (ВПГ) I и II тира (два антитела IgM, IgG), вирус папилломы человека 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 (количественно) (соскоб), высокий риск-по клинической значимости Аналог HPV Digene-теста (результат без детализации типов), вирус папилломы (HPV) 16 и 18 тип (определение ДНК методом ПЦР) количественное определение, простатспецифический антиген (ПСА), спермограмма, антиспермальные антитела (эякулят) (МАР-тест Ig G);

1.1.3. Инструментальная диагностика (точный перечень инструментальных исследований определяется врачом Медицинской организации): УЗИ органов малого таза у женщин (матка, придатки) специалистом категории А, УЗИ молочных желез специалистом категории А, кольпоскопия расширенная, УЗИ почек и надпочечников, УЗИ органов малого таза у мужчин (простата, яички, мочевой пузырь), ТРУЗИ предстательной железы;

1.1.4. Заключение и рекомендации по результатам обследования.

1.1.5. Консультация врача-онколога в случае рекомендации врача по результатам пройденного обследования. Консультация врача-онколога проводится в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной организации.

#### **1.2. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.1. Телефонный медицинский пульта 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю: определение Медицинской организации, подходящих даты и времени визита, запись на обследование.

---

<sup>58</sup> Медицинские услуги организуются и оказываются в сети клиник «\_\_\_\_\_» или федеральных профильных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, или оплачиваются за счет средств Застрахованного

1.2.2. Полное сопровождение Застрахованного – координация прохождения обследования на всех этапах – от записи в Медицинскую организацию до получения медицинского заключения.

1.2.3. Организация медицинских услуг<sup>59</sup>, необходимых для верификации диагноза в случае выявления в результате обследования в рамках Программы патологий, влияющих на репродуктивные способности семейной пары.

1.2.4. Организация медицинских услуг<sup>60</sup>, необходимых для лечения выявленных патологий после верификации диагноза.

1.2.5. Организация процедуры ЭКО, при наличии медицинских показаний по результатам проведенного лечения.

1.3. Заболевания, в отношении которых оказываются сервисные услуги, предусмотренные п. 1.2.3.–1.2.5.<sup>61</sup> настоящей Программы:

1.3.1. У женщин: эрозия шейки матки -N86; образования яичников -D27; образования матки (миома) -D25; нарушение репродуктивной системы/ бесплодие -N97; воспалительные заболевания ЖПО -N70.

1.3.2. У мужчин: воспалительные заболевания ПО -N41; нарушение репродуктивной функции/ мужское бесплодие -N46; варикоцеле -I86.1.

## 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 \_\_\_\_\_, для согласования Медицинской организации, даты и времени прохождения обследования. Врач медицинского пульта проводит консультацию по Программам, услугам, согласует перечень обследований с учетом специфики клиента, согласует время визита в клинику, дает рекомендации по подготовке к обследованию.

2.2. Застрахованный вправе отменить визит в согласованное время в Медицинскую организацию не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени, позвонив по телефону круглосуточного медицинского пульта. В случае если Застрахованный отменил визит в Медицинскую организацию менее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного и согласованного всеми сторонами времени (максимум 2 (два) раза) услуга считается полностью оказанной.

2.3. Застрахованная пара проходит обследование и по результатам обследования получает письменное заключение и рекомендации по данным проведенного исследования.

2.4. В случае выявления, в соответствии с письменным заключением по данным проведенного исследования, патологий, Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная организация), по согласованию с Застрахованным, направляет Застрахованного в специализированный медицинский центр для верификации диагноза.

2.5. После верификации диагноза в случае выявления заболеваний в соответствии с п. 1.3. настоящей Программы, Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная организация) осуществляет действия для согласования плана лечения и дальнейшей организации лечения.

2.6. При наличии медицинских показаний по результатам проведенного лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная организация) осуществляет действия по организации процедуры ЭКО.

<sup>59</sup> Дополнительные медицинские услуги, выходящие за рамки Программы оплачиваются за счет средств Застрахованного или предоставляется консультация по получению необходимых услуг в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или оплачиваются за счет средств Застрахованного.

<sup>60</sup> Медицинские услуги организуются и оказываются в сети клиник «\_\_\_\_\_» или федеральных профильных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

<sup>61</sup> В случае, если заболевание впервые выявлено в результате обследования в рамках Программы в соответствии с заключением п. 1.1.4. Программы.

2.7. Сервис по организации лечения /процедуры ЭКО оказывается до конца срока лечения, но не более 3 (трех) лет с момента диагностирования патологии в течение срока действия договора страхования.

2.8. В случае необходимости в дополнительных исследованиях, все расходы оплачиваются за счет Застрахованного.

### **3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ**

3.1. Программой не предусмотрено оказание услуг лицам, у которых выявлены следующие заболевания:

- ВИЧ-инфекция;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- туберкулез;
- ДЦП;
- хронических гепатитов: В, С, D, Е и др.

3.2. В рамках настоящей Программы Страховщик не оплачивает следующие услуги:

- консультацию врача-онколога без письменных рекомендаций врача медицинской организации по результатам обследования в рамках Программы;
- любые услуги, не предусмотренные настоящей Программой, в том числе дополнительные обследования по показаниям (например: МРТ, КТ, биопсия и т.д.);
- услуги стационара, стационара одного дня;
- услуги, связанные с лечением заболеваний не входящих в Программу и их осложнений;
- услуги, оказанные после окончания договора страхования.

## **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

По настоящей Программе Страховщик 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 в 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. Программы), 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 внутрочерепные)/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 услуг<sup>62</sup>:

- 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;
- координация получения медицинских услуг, организованных в рамках Программы;
- организация плановой госпитализации по медицинским показаниям;

---

<sup>62</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

– 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

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 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.8. В случае необходимости организации медицинской помощи в соответствии с п. 1.2.2. 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., 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.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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.

## **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

По настоящей Программе Страховщик 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 в 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. Программы), 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;



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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 услуг<sup>63</sup>:

- 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 в 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 в 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.

## 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\_\_\_\_\_.

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

<sup>63</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

с п. 1.1.1. 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 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.8. В случае необходимости организации медицинской помощи в соответствии с п. 1.2.2. Программы, Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульта.

2.9. Медицинские услуги согласно п. 1.2.2. 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. 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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 14

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей Программе Страховщик 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 в 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 услуг<sup>64</sup>:

- 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, в количестве, определенном договором страхования в 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

2.2. Консультации по телефону осуществляются врачами-специалистами медицинского пульта круглосуточно.

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. Программы осуществляются врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством

<sup>64</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного/представителя Застрахованного или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Российской Федерации, по направлению врачей медицинского пульты в заранее указанное при записи время.

2.4. Организация дистанционной консультации и запись осуществляется врачами медицинского пульты.

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 пульты не позднее чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.8. В случае необходимости организации медицинской помощи в соответствии с п. 1.2.2. Программы, Застрахованный должен предоставить сканированные копии медицинских документов по запросу врача-специалиста медицинского пульты.

2.9. Медицинские услуги согласно п. 1.2.2. 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.

## **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 15а**

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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 \_\_\_\_\_.

### **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 неконтролируемым 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 (раздел 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:

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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 оказываемыми 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

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 30<sup>65</sup> (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)<sup>66</sup>, 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 пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) 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

<sup>65</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования

<sup>66</sup> 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.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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;

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 страхования<sup>67</sup>.

<sup>67</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны



### 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 \_\_\_\_\_.

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 \_\_\_\_\_;

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 \_\_\_\_\_;

3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях 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

---

непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

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

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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 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).

### **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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 156

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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 \_\_\_\_\_.

### 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 неконтролируемым 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 (раздел 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 оказываемыми 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 30<sup>68</sup> (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)<sup>69</sup>, 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 действующего законодательства 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 пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

2.2.3.2. справочно-консультационная помощь по вопросам:

- условий урегулирования страховых случаев по договору страхования;

<sup>68</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования

<sup>69</sup> 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.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО 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;
  - 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. Программы входящие в программу расходы по организации лечения на территории,

указанной в настоящей Программе, могут возмещаться в рамках лимитов, установленных договором страхования<sup>70</sup>.

### 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 \_\_\_\_\_.

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 \_\_\_\_\_;

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 \_\_\_\_\_;

3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях 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 \_\_\_\_\_

<sup>70</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.



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;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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 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).

### **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 цирроз печени.

## **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 15в**

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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 \_\_\_\_\_.

### **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 неконтролируемым 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. Покрывааемые 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. 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 оказываемыми 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 30<sup>71</sup> (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)<sup>72</sup>, 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 действующего законодательства 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 пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) 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;

---

<sup>71</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к Договору страхования

<sup>72</sup> 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 пунктом 2.1. входящие в Программу расходы по организации лечения на территории, указанной в настоящей Программе, могут возмещаться в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>73</sup>.

### 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 \_\_\_\_\_.
- 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.

<sup>73</sup> 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 \_\_\_\_\_;

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 \_\_\_\_\_;

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;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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. Программы))*

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. Программы))*

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. другими интраартериальными техниками;

4.1.12.10. эндоскопическими манипуляциями;

4.1.12.11. нехирургическими методами лечения;

4.1.12.12. вальвулотомией и/или вальвулопластикой;

4.1.12.13. другими видами и методами лечения, выполненными без замены клапанов;

*(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 4.1.12.14.– 4.1.12.23. Программы))*

4.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (С70-С72);

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.

## **Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 15г**

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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 \_\_\_\_\_.

### **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 неконтролируемым 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. Покрывааемые 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 оказываемыми 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 30<sup>74</sup> (тридцати) календарных дней.

---

<sup>74</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к

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)<sup>75</sup>, 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 действующего законодательства 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 пулът 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) 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;

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;

---

Договору страхования

<sup>75</sup> 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.

- 2.2.3.15. 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 страхования<sup>76</sup>.

### **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 \_\_\_\_\_.

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:

---

<sup>76</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

- 3.5.1. уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_;
- 3.5.5. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях 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 страхового случая 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. Программы))*

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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);  
*(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп. 4.1.12.5. - 4.1.12.13. Программы))*
- 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. другими интраартериальными техниками;
- 4.1.12.10. эндоскопическими манипуляциями;
- 4.1.12.11. нехирургическими методами лечения;
- 4.1.12.12. вальвулотомией и/или вальвулопластикой;
- 4.1.12.13. другими видами и методами лечения, выполненными 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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 15д

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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 \_\_\_\_\_.

### 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 неконтролируемым 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. Покрывааемые 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 оказываемыми 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 30<sup>77</sup> (тридцати) календарных дней.

---

<sup>77</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика может быть предусмотрен иной срок. В таком случае конкретный срок указывается в тексте программы ДМС, являющейся приложением к

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)<sup>78</sup>, 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 действующего законодательства 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 пулът 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) 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;

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;

---

Договору страхования

<sup>78</sup> 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.

- 2.2.3.15. 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 страхования<sup>79</sup>.

### **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 \_\_\_\_\_.

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:

---

<sup>79</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

- 3.5.1. уведомление о страховом случае — форма размещена на официальном сайте \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_;
- 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 страхового случая 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. Программы))*

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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. Программы))*
- 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. другими интраартериальными техниками;
- 4.1.12.10. эндоскопическими манипуляциями;
- 4.1.12.11. нехирургическими методами лечения;
- 4.1.12.12. вальвулотомией и/или вальвулопластикой;
- 4.1.12.13. другими видами и методами лечения, выполненными без замены клапанов;  
*(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 4.1.12.14.– 4.1.12.23. Программы))*
- 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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 16а

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

##### 1.1.1. Лечение онкологических заболеваний.

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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<sup>80</sup>

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

##### 1.2. 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 1.1. Программы):

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

<sup>80</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1.2.1.1. на размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>81</sup>;
- 1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 1.2.1.4. 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;
- 1.2.1.5. на лечение у врача – в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
  - 1.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
  - 1.2.1.7.2. 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;
  - 1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;
  - 1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;
  - 1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения<sup>82</sup>;
  - 1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;
  - 1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;
  - 1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.
- 1.2.2. **Медико-транспортные расходы.** Возмещаются расходы для проезда Застрахованного с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:
  - 1.2.2.1. 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;
  - 1.2.2.2. 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;
  - 1.2.2.3. 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;
  - 1.2.2.4. 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

<sup>81</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.

<sup>82</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы.

удаленном проживании, в том числе специальный медицинский авиарейс, скорая помощь. Уровень сервиса – эконом-класс;

**1.2.3. Расходы на проживание во время лечения.** Возмещаются расходы в связи с размещением Застрахованного 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. 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;

1.2.3.4. 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;

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

**1.2.4. Расходы на посмертную репатриацию.** 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

**1.2.5. Расходы на лекарственные препараты** в целях дальнейшего лечения<sup>83</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий:

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ и находятся в свободной продаже.

**1.2.6. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.6.1. телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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;

---

<sup>83</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1.2.6.3. содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;
  - 1.2.6.4. организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;
  - 1.2.6.5. организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.6. верификация поставленного диагноза согласно предоставленным материалам, включая анализ предоставленного биологического материала, и информирование Застрахованного о результатах;
  - 1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием
  - 1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;
  - 1.2.6.9. второе медицинское мнение от российских или зарубежных специалистов в случае необходимости или при желании Застрахованного;
  - 1.2.6.10. организация и оплата перевода представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);
  - 1.2.6.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующегося на лечении данного заболевания;
  - 1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;
  - 1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
  - 1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;
  - 1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
  - 1.2.6.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного до места лечения и обратно;
  - 1.2.6.18. размещение Застрахованного в России: госпитализация или проживание в отеле (при амбулаторном лечении), исключая питание;
  - 1.2.6.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
  - 1.2.6.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии – по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
  - 1.2.6.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
  - 1.2.6.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
  - 1.2.6.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
  - 1.2.6.24. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
  - 1.2.6.25. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
  - 1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 1.2.7. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения на территории Российской Федерации в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>84</sup>.

---

<sup>84</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

2.2. 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.

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

2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного на территории РФ осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5. Программы) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории РФ и выдается Застрахованному, находящемуся на территории РФ, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### **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 следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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;



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

3.1.9. 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;

3.1.10. 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;

3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.

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

3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;

3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

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

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

### **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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 166

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

##### 1.1.1. Лечение онкологических заболеваний.

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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<sup>85</sup>

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

##### 1.2. 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 1.1. Программы):

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

<sup>85</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1.2.1.1. на размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>86</sup>;
- 1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 1.2.1.4. 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;
- 1.2.1.5. на лечение у врача – в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
  - 1.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
  - 1.2.1.7.2. 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;
  - 1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;
  - 1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;
  - 1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения<sup>87</sup>;
  - 1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;
  - 1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;
  - 1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.
- 1.2.2. **Медико-транспортные расходы.** Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:
  - 1.2.2.1. 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;
  - 1.2.2.2. 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;
  - 1.2.2.3. 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;
  - 1.2.2.4. Транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам лечения), включают:

<sup>86</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.

<sup>87</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы

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;

**1.2.3. Расходы на проживание во время лечения.** 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. 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;

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

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

**1.2.4. Расходы на посмертную репатриацию.** 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

**1.2.5. Расходы на лекарственные препараты** в целях дальнейшего лечения<sup>88</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий:

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ и находятся в свободной продаже.

**1.2.6. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.6.1. телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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

---

<sup>88</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

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

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

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

1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;

1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;

1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;

1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;

1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;

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

1.2.6.18. размещение Застрахованного, сопровождающего его лица в России: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного – при амбулаторном лечении), исключая питание;

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

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

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

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

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

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

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

1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.

1.2.7. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения на территории Российской Федерации в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>89</sup>.

---

<sup>89</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

2.2. 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.

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

2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного на территории РФ осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5. Программы) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории РФ и выдается Застрахованному, находящемуся на территории РФ, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### **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 следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

3.1.9. 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;

3.1.10. 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;

3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.

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

3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;

3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

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

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

### **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.



**Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 16в**

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования);
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение:
  - не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания;
  - не более 1 (одного) года с момента подтверждения поставленного диагноза критического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

**1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

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

**1.1.1. Лечение онкологических заболеваний.**

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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<sup>90</sup>

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

**1.1.2. Лечение критических заболеваний.**

**1.1.3. Кардиология:**

• **Аортокоронарное шунтирование**

Аортокоронарное шунтирование является прямым оперативным вмешательством на сердце, рекомендованное кардиологом или кардиохирургом, и выполненное

<sup>90</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

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.

#### 1.1.4. **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)

#### 1.1.5 **Офтальмология.**

- Нарушение зрения вследствие травмы код МКБ-10: H54

#### 1.2. **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 1.1. Программы):

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

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

1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>91</sup>;

1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;

1.2.1.4. 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;

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

1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;

1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:

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

1.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие

---

<sup>91</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.

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;

1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;

1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения<sup>92</sup>

1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;

1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;

1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.

1.2.2. **Медико-транспортные расходы.** Возмещаются расходы для проезда Застрахованного лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:

1.2.2.1. 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;

1.2.2.2. 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;

1.2.2.3. 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;

1.2.2.4. 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;

1.2.3. **Расходы на проживание во время лечения.** 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. 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

---

<sup>92</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы.

действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

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

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

1.2.4. **Расходы на посмертную репатриацию.** 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

1.2.5. **Расходы на лекарственные препараты** в целях дальнейшего лечения<sup>93</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий:

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ и находятся в свободной продаже.

1.2.6. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.6.1. телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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;

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

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

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

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

1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

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

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

---

<sup>93</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы.

- 1.2.6.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующегося на лечении данного заболевания;
  - 1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;
  - 1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
  - 1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;
  - 1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
  - 1.2.6.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
  - 1.2.6.18. размещение Застрахованного, сопровождающего его лица в России: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного – при амбулаторном лечении), исключая питание;
  - 1.2.6.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
  - 1.2.6.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии – по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
  - 1.2.6.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
  - 1.2.6.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
  - 1.2.6.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
  - 1.2.6.24. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
  - 1.2.6.25. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
  - 1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 1.2.7. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения на территории Российской Федерации в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>94</sup>.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.
- 2.2. 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.
- 2.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю – Сервисной компании) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.
- 2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

<sup>94</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного на территории РФ осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5. Программы) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории РФ и выдается Застрахованному, находящемуся на территории РФ, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### 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 следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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

3.1.9. 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;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1.10. 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;

3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.

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

*(при диагностировании онкологического заболевания (пп. 4.1.12.1.–3.1.12.4. Программы))*

3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм.), согласно классификации AJCC, 2002;

3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

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

3.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);

*(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп.3.1.12.5. -3.1.12.13. Программы)):*

3.1.12.5. инфарктом миокарда с увеличением показателей тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;

3.1.12.6. безболевым инфарктом миокарда и не-Q инфарктом миокарда во всех локализациях;

3.1.12.7. баллонной ангиопластикой (дилатация), стентированием коронарных артерий;

3.1.12.8. использованием лазера;

3.1.12.9. другими интраартериальными техниками;

3.1.12.10. эндоскопическими манипуляциями;

3.1.12.11. нехирургическими методами лечения;

3.1.12.12. вальвулотомией и/или вальвулопластикой;

3.1.12.13. другими методами лечения, выполненными без замены клапанов;

*(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 3.1.12.14.–3.1.12.23. Программы)):*

3.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (C70-C72);

3.1.12.15. рассеянным склерозом (международный классификационный код болезни-10: G35-G37);

3.1.12.16. синдромом Гийена-Барре;

3.1.12.17. болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями нервной системы (международный классификационный код болезни-10: G30-G31);

3.1.12.18. поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (международный классификационный код болезни-10: G50-G59, M45-M54);

3.1.12.19. церебральными расстройствами, вызванными мигренью;

3.1.12.20. церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;

3.1.12.21. сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв;

3.1.12.22. приступами вертебробазилярной ишемии;

3.1.12.23. болезнью моторных нейронов ALS (международный классификационный код болезни-10.G12.2).

### **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.



## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 16г

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение:
  - не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания;
  - не более 1 (одного) года с момента подтверждения поставленного диагноза критического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

##### 1.1.1. Лечение онкологических заболеваний.

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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<sup>95</sup>

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

##### 1.1.2. Лечение критических заболеваний.

##### 1.1.3. Кардиология:

##### • Аортокоронарное шунтирование.

Аортокоронарное шунтирование является прямым оперативным вмешательством на сердце, рекомендованное кардиологом или кардиохирургом, и выполненное

<sup>95</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

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.

#### 1.1.4. **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).

#### 1.1.6 **Офтальмология.**

- Нарушение зрения вследствие травмы код МКБ-10: H54.

#### 1.2. **Покрывааемые расходы:**

В соответствии с настоящей Программой будут оплачены следующие расходы, возникшие (возникающие) в связи с подпадающими под действие страхования заболеваниями и методами лечения (раздел 1.1. Программы):

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

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

1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>96</sup>;

1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;

1.2.1.4. 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;

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

1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;

1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:

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

1.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие

---

<sup>96</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.

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;

1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;

1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения;<sup>97</sup>

1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;

1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;

1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.

1.2.2. **Медико-транспортные расходы.** Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:

1.2.2.1. 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;

1.2.2.2. 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;

1.2.2.3. 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;

1.2.2.4. 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;

1.2.3. **Расходы на проживание во время лечения.** 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. 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

---

<sup>97</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы.

действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

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

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

1.2.4. **Расходы на посмертную репатриацию.** 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

1.2.5. **Расходы на лекарственные препараты** в целях дальнейшего лечения<sup>98</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий:

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ и находятся в свободной продаже.

1.2.6. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.6.1. телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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;

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

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

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

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

1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

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

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

---

<sup>98</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы.

- 1.2.6.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующегося на лечении данного заболевания;
  - 1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;
  - 1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
  - 1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;
  - 1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
  - 1.2.6.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
  - 1.2.6.18. размещение Застрахованного, сопровождающего его лица в России: госпитализация или проживание в отеле (для Застрахованного – при амбулаторном лечении), исключая питание;
  - 1.2.6.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
  - 1.2.6.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии – по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
  - 1.2.6.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
  - 1.2.6.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
  - 1.2.6.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
  - 1.2.6.24. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
  - 1.2.6.25. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
  - 1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 1.2.7. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения на территории Российской Федерации в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>99</sup>.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.
- 2.2. 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.
- 2.3. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю – Сервисной компании) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.
- 2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

<sup>99</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного на территории РФ осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5. Программы) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории РФ и выдается Застрахованному, находящемуся на территории РФ, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### **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 следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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

3.1.9. 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;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1.10. 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;

3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.

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

*(при диагностировании онкологического заболевания (пп. 4.1.12.1.–3.1.12.4. Программы))*

3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм.), согласно классификации AJCC, 2002;

3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

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

3.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);

*(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп.3.1.12.5.-3.1.12.13. Программы)):*

3.1.12.5. инфарктом миокарда с увеличением показателей тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;

3.1.12.6. безболевым инфарктом миокарда и не-Q инфарктом миокарда во всех локализациях;

3.1.12.7. баллонной ангиопластикой (дилатация), стентированием коронарных артерий;

3.1.12.8. использованием лазера;

3.1.12.9. другими интраартериальными техниками;

3.1.12.10. эндоскопическими манипуляциями;

3.1.12.11. нехирургическими методами лечения;

3.1.12.12. вальвулотомией и/или вальвулопластикой;

3.1.12.13. другими методами лечения, выполненными без замены клапанов;;

*(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 3.1.12.14.–3.1.12.23. Программы)):*

3.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (C70-C72);

3.1.12.15. рассеянным склерозом (международный классификационный код болезни-10: G35-G37);

3.1.12.16. синдромом Гийена-Барре;

3.1.12.17. болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями нервной системы (международный классификационный код болезни-10: G30-G31);

3.1.12.18. поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (международный классификационный код болезни-10: G50-G59, M45-M54);

3.1.12.19. церебральными расстройствами, вызванными мигренью;

3.1.12.20. церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;

3.1.12.21. сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв;

3.1.12.22. приступами вертебробазилярной ишемии;

3.1.12.23. болезнью моторных нейронов ALS (международный классификационный код болезни-10.G12.2).

### **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.



## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 16д

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации или других стран, за исключением США;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

##### 1.1.1. Лечение онкологических заболеваний

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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.<sup>100</sup>

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

##### 1.2. 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 1.1. Программы):

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

<sup>100</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1.2.1.1. на размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>101</sup>;
- 1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 1.2.1.4. 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;
- 1.2.1.5. на лечение у врача, в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
  - 1.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
  - 1.2.1.7.2. 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;
  - 1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;
  - 1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;
  - 1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения<sup>102</sup>;
  - 1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;
  - 1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;
  - 1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.
- 1.2.2. **Медико-транспортные расходы.** Возмещаются расходы для проезда Застрахованного с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:
  - 1.2.2.1. 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;
  - 1.2.2.2. 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;
  - 1.2.2.3. 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;
  - 1.2.2.4. 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

<sup>101</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.

<sup>102</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы.

удаленном проживании, в том числе специальный медицинский авиарейс, скорая помощь. Уровень сервиса – эконом-класс;

**1.2.3. Расходы на проживание во время лечения.** Возмещаются расходы в связи с размещением Застрахованного 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. 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;

1.2.3.4. 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;

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

**1.2.4. Расходы на посмертную репатриацию.** 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

**1.2.5. Расходы на лекарственные препараты в целях дальнейшего лечения**<sup>103</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации или на территории страны лечения после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий:

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны лечения и находятся в свободной продаже.

**1.2.6. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.6.1. телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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;

---

<sup>103</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1.2.6.3. содействие в сборе документов по страховому случаю, необходимых для верификации диагноза и предоставления Страховщику;
  - 1.2.6.4. организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;
  - 1.2.6.5. организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.6. верификация поставленного диагноза согласно предоставленным материалам, включая анализ предоставленного биологического материала, и информирование Застрахованного о результатах;
  - 1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием
  - 1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;
  - 1.2.6.9. второе медицинское мнение от российских или зарубежных специалистов в случае необходимости или при желании Застрахованного;
  - 1.2.6.10. организация и оплата перевода представленных Застрахованным документов на иностранный язык (при необходимости);
  - 1.2.6.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующегося на лечении данного заболевания;
  - 1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;
  - 1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
  - 1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;
  - 1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
  - 1.2.6.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного до места лечения и обратно;
  - 1.2.6.18. размещение Застрахованного в России или стране лечения: госпитализация или проживание в отеле (при амбулаторном лечении), исключая питание;
  - 1.2.6.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
  - 1.2.6.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии – по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
  - 1.2.6.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
  - 1.2.6.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
  - 1.2.6.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
  - 1.2.6.24. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
  - 1.2.6.25. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
  - 1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 1.2.7. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>104</sup>.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

<sup>104</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.2. 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.

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

2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор страны и профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и согласовывается с застрахованным.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5. Программы) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории страны лечения и выдается Застрахованному, находящемуся на территории страны лечения, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### **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 следующих не являющихся страховыми случаями (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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. установления факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования;
- 3.1.9. 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;
- 3.1.10. 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;
- 3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.
- 3.1.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в связи с:
- 3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;
- 3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;
- 3.1.12.3. плоскоклеточной карциномой, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы;
- 3.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).
- 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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 16е

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации или других стран, за исключением США;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

##### 1.1.1. Лечение онкологических заболеваний.

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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<sup>105</sup>.

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

##### 1.2. 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 1.1. Программы):

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

<sup>105</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1.2.1.1. на размещение, питание и оказание основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в помещении, палате или отделении МУ или палате интенсивной терапии или наблюдения;
- 1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>106</sup>;
- 1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;
- 1.2.1.4. 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;
- 1.2.1.5. на лечение у врача – в отношении обследования, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
- 1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;
- 1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:
  - 1.2.1.7.1. применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;
  - 1.2.1.7.2. 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;
  - 1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;
  - 1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;
  - 1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения<sup>107</sup>;
  - 1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;
  - 1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;
  - 1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.
- 1.2.2. Медико-транспортные расходы. Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:
  - 1.2.2.1. 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;
  - 1.2.2.2. 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;
  - 1.2.2.3. 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;
  - 1.2.2.4. Транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам лечения), включают:

<sup>106</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.

<sup>107</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы

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;

1.2.3. Расходы на проживание во время лечения. 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. 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;

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

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

1.2.4. Расходы на посмертную репатриацию. 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

1.2.5. Расходы на лекарственные препараты в целях дальнейшего лечения<sup>108</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации или на территории страны лечения после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий:

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны лечения и находятся в свободной продаже.

1.2.6. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.6.1. телефонный медицинский пульс 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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

---

<sup>108</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

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

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

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

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

1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

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

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

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

1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;

1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;

1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;

1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;

1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;

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

1.2.6.18. размещение Застрахованного в России или стране лечения: госпитализация или проживание в отеле (при амбулаторном лечении), исключая питание;

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

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

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

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

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

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

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

1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.

1.2.7. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>109</sup>.

---

<sup>109</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

2.2. 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.

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

2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор страны и профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и согласовывается с застрахованным.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5.) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории страны лечения и выдается Застрахованному, находящемуся на территории страны лечения, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### **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 следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

3.1.9. 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;

3.1.10. 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;

3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.

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

3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм.), согласно классификации AJCC, 2002;

3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

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

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

### **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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 16ж

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации или других стран, за исключением США;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение:
  - не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания;
  - не более 1 (одного) года с момента подтверждения поставленного диагноза критического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

##### 1.1.1. 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<sup>110</sup>

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

##### 1.1.2. Лечение критических заболеваний.

##### 1.1.3. Кардиология:

- **Аортокоронарное шунтирование**

Аортокоронарное шунтирование является прямым оперативным вмешательством на сердце, рекомендованное кардиологом или кардиохирургом, и выполненное

<sup>110</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

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.

#### 1.1.4. **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).

#### 1.1.7 **Офтальмология**

- Нарушение зрения вследствие травмы код МКБ-10: H54

#### 1.2. **Покрывааемые расходы:**

В соответствии с настоящей Программой будут оплачены следующие расходы, возникшие (возникающие) в связи с подпадающими под действие страхования заболеваниями и методами лечения (раздел 1.1.):

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

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

1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>111</sup>;

1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;

1.2.1.4. 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;

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

1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;

1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:

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

1.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм,

<sup>111</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.



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;

1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;

1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения.<sup>112</sup>

1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;

1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;

1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.

1.2.2. **Медико-транспортные расходы.** Возмещаются расходы для проезда Застрахованного лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:

1.2.2.1. 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;

1.2.2.2. 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;

1.2.2.3. 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;

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

1.2.3. **Расходы на проживание во время лечения.** 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. при изменении Застрахованным установленных дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный компенсирует Страховщику и/или

---

<sup>112</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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;

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

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

1.2.4. **Расходы на посмертную репатриацию.** 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

1.2.5. Расходы на лекарственные препараты в целях дальнейшего лечения<sup>113</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации или на территории страны лечения после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий:

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны лечения и находятся в свободной продаже.

1.2.6. Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

1.2.6.1. телефонный медицинский пульс 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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;

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

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

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

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

1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

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

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

---

<sup>113</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы.

- 1.2.6.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующегося на лечении данного заболевания;
  - 1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;
  - 1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
  - 1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;
  - 1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
  - 1.2.6.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
  - 1.2.6.18. размещение Застрахованного в России или стране лечения: госпитализация или проживание в отеле (при амбулаторном лечении), исключая питание;
  - 1.2.6.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
  - 1.2.6.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии – по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
  - 1.2.6.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
  - 1.2.6.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
  - 1.2.6.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
  - 1.2.6.24. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
  - 1.2.6.25. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
  - 1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.
- В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>114</sup>.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

2.2. 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.

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

2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

<sup>114</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор страны и профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и согласовывается с застрахованным.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5. Программы) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории страны лечения и выдается Застрахованному, находящемуся на территории страны лечения, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### **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 следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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

3.1.9. 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;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1.10. 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;

3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.

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

*(при диагностировании онкологического заболевания (пп. 4.1.12.1–3.1.12.4. Программы))*

3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;

3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

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

3.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);

*(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп.3.1.12.5 -3.1.12.13. Программы)):*

3.1.12.5. инфарктом миокарда с увеличением показателей тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;

3.1.12.6. безболевым инфарктом миокарда и не-Q инфарктом миокарда во всех локализациях;

3.1.12.7. баллонной ангиопластикой (дилатация), стентированием коронарных артерий;

3.1.12.8. использованием лазера;

3.1.12.9. другими интраартериальными техниками;

3.1.12.10. эндоскопическими манипуляциями;

3.1.12.11. нехирургическими методами лечения;

3.1.12.12. вальвулотомией и/или вальвулопластикой;

3.1.12.13. другими методами лечения, выполненными без замены клапанов;

*(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 3.1.12.14–3.1.12.23. Программы)):*

3.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (C70-C72);

3.1.12.15. рассеянным склерозом (международный классификационный код болезни-10: G35-G37);

3.1.12.16. синдромом Гийена-Барре;

3.1.12.17. болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями нервной системы (международный классификационный код болезни-10: G30-G31);

3.1.12.18. поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (международный классификационный код болезни-10: G50-G59, M45-M54);

3.1.12.19. церебральными расстройствами, вызванными мигренью;

3.1.12.20. церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;

3.1.12.21. сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв;

3.1.12.22. приступами вертебробазиллярной ишемии;

3.1.12.23. болезнью моторных нейронов ALS (международный классификационный код болезни-10.G12.2).

### **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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 163

По настоящей Программе (далее по тексту — Программа, Программа ДМС) Страховщик 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) или вступления договора страхования в силу (в случае если период ожидания не предусмотрен договором страхования) при обязательном соблюдении совокупности следующих условий:

- 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) и/или после окончания действия договора страхования;
- лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- необходимые расходы не превышают размер страховой суммы и соответствующие лимиты выплат;
- лечение организовано и проводится (медицинские расходы возникли) на территории Российской Федерации или других стран, за исключением США;
- лечение организовано в соответствии с Порядком оказания услуг, указанным в разделе 2 настоящей Программы;
- лечение проводится в течение:
  - не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания;
  - не более 1 (одного) года с момента подтверждения поставленного диагноза критического заболевания.

Для организации всех предусмотренных настоящей Программой услуг необходимо связаться со специалистами круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

#### 1.1. Покрываемые Программой заболевания и методы лечения:

##### 1.1.1. Лечение онкологических заболеваний.

Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся неконтролируемым 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<sup>115</sup>

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

##### 1.1.2. Лечение критических заболеваний.

##### 1.1.3. Кардиология:

- **Аортокоронарное шунтирование**

Аортокоронарное шунтирование является прямым оперативным вмешательством на сердце, рекомендованное кардиологом или кардиохирургом, и выполненное

<sup>115</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

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.

#### 1.1.4. **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).

#### 1.1.8 **Офтальмология**

- Нарушение зрения вследствие травмы код МКБ-10: H54.

#### 1.2. **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 1.1.):

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

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

1.2.1.2. на прочие услуги МУ, в том числе оказываемые в амбулаторных отделениях<sup>116</sup>;

1.2.1.3. на использование операционной и всех оказываемых в ней услуг;

1.2.1.4. 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;

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

1.2.1.6. на визиты врачей в процессе госпитализации;

1.2.1.7. на оказание Застрахованному следующих медицинских услуг:

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

1.2.1.7.2. проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие

---

<sup>116</sup> В случае амбулаторного лечения в рамках программы оплачивается пребывание в гостинице в соответствии с п. 1.2.3. Программы.



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;

1.2.1.7.3. переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

1.2.1.7.4. использование кислорода, внутривенных растворов и инъекций;

1.2.1.7.5. использование медицинских препаратов по назначению врача во время госпитализации или при амбулаторном лечении в соответствии с согласованным планом лечения<sup>117</sup>

1.2.1.7.6. медицинская транспортировка наземными или воздушными транспортными средствами неотложной помощи при условии, что их использование предписано лечащим врачом;

1.2.1.7.7. оказание услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному;

1.2.1.7.8. оказание медицинских услуг на догоспитальном этапе после подтверждения диагноза в соответствии с согласованным планом лечения.

**1.2.2. Медико-транспортные расходы.** Возмещаются расходы для проезда Застрахованного и одного сопровождающего его лица с целью получения лечения в рамках страхового случая. При этом:

1.2.2.1. 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;

1.2.2.2. 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;

1.2.2.3. 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;

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

**1.2.3. Расходы на проживание во время лечения.** 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:

1.2.3.1. 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;

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

1.2.3.3. 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

---

<sup>117</sup> Лекарственные препараты для дальнейшего лечения, назначенные после курса лечения или медицинской процедуры, оплачиваются в соответствии с п. 1.2.5. Программы.

действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

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

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

1.2.3.6. количество ночей, проведенных в гостинице, зависит от продолжительности лечения, но не более 30 (тридцати) календарных дней за период действия договора страхования.

1.2.4. **Расходы на посмертную репатриацию.** 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:

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

1.2.4.2. Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки.

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

1.2.5. **Расходы на лекарственные препараты в целях дальнейшего лечения**<sup>118</sup>. Оплачиваются расходы на лекарственные препараты, приобретаемые на территории Российской Федерации или на территории страны лечения после лечения покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, согласованные со Страховщиком, при одновременном выполнении следующих условий

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

1.2.5.2. данные лекарственные препараты зарегистрированы согласно действующему законодательству РФ или страны лечения и находятся в свободной продаже.

1.2.6. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

1.2.6.1. телефонный медицинский пулът 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.2.6.2. 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;

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

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

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

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

1.2.6.7. консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием

1.2.6.8. консультации по выбору профильной медицинской организации;

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

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

---

<sup>118</sup> Медикаменты во время курсов лечения (в стационаре или амбулаторно) в соответствии с согласованным планом лечения оплачиваются в соответствии с п. 1.2.1.7.5. Программы.

- 1.2.6.11. подбор лучшего МУ с учетом территории действия страхования по Договору, специализирующегося на лечении данного заболевания;
  - 1.2.6.12. подготовка предварительного плана лечения;
  - 1.2.6.13. организация лечения и госпитализации в профильных медицинских организациях;
  - 1.2.6.14. сопровождение и кураторство на всех этапах лечения;
  - 1.2.6.15. организация визовой поддержки (покрытие визового сбора) для Застрахованного и для одного сопровождающего лица; при этом ни Сервисная компания, ни Страховщик не гарантируют выдачу визы;
  - 1.2.6.16. согласование сроков лечения Застрахованного/даты проведения операции и сроков послеоперационного лечения;
  - 1.2.6.17. организация проезда/авиаперелета и транспортировки Застрахованного, сопровождающего его лица до места лечения и обратно;
  - 1.2.6.18. размещение Застрахованного в России или стране лечения: госпитализация или проживание в отеле (при амбулаторном лечении), исключая питание;
  - 1.2.6.19. организация и оплата сопровождения Застрахованного в МУ лицом, говорящем на родном языке Застрахованного (при регистрации в стационар и выписке);
  - 1.2.6.20. организация и оплата услуг переводчика, обладающего знанием медицинской терминологии – по телефону во время нахождения на лечении (при общении с медицинским персоналом по вопросам лечения);
  - 1.2.6.21. организация и оплата перевода выписки из стационара МУ на язык Застрахованного;
  - 1.2.6.22. организация специальной медицинской перевозки/авиации/скорой помощи (при подтвержденной медицинской необходимости);
  - 1.2.6.23. организация посмертной репатриации в случае летального исхода во время пребывания на стационарном лечении в МУ;
  - 1.2.6.24. контроль исполнения утвержденного плана лечения Застрахованного в МУ и внесение необходимых корректировок;
  - 1.2.6.25. информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
  - 1.2.6.26. информационная поддержка по пройденному лечению.
- 1.2.7. В случае диагностирования заболевания в соответствии с пунктом 1.1. в Программу входят расходы по организации лечения в рамках лимитов, установленных Договором страхования<sup>119</sup>.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного колл-центра Страховой компании по телефону \_\_\_\_\_.

2.2. 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.

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

2.4. В случае необходимости (определяется Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика – Сервисной компании), по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной компании), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.

<sup>119</sup> Соглашением Страхователя и Страховщика значения лимитов могут быть указаны непосредственно в программе, являющейся приложением к Договору страхования.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

2.5.1. уведомление о страховом случае;

2.5.2. копии документов, удостоверяющих личности заявителя, Застрахованного;

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

2.5.4. письменное согласие на передачу конфиденциальной информации третьим лицам;

2.5.5. выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях за последние 5 (пять) лет;

2.5.6. выписку из онкологического диспансера по месту жительства (при обращении за лечением онкологического заболевания);

2.5.7. 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);

2.5.8. результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;

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

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. После верификации диагноза, признания случая страховым и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) 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 письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы.

2.13. Выбор страны и профильной медицинской организации для лечения и/или госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной компанией) исходя из медицинской целесообразности и согласовывается с застрахованным.

2.14. 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 родном языке в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения необходимых документов.

2.15. Обеспечение застрахованного лекарственными препаратами, назначенными после курса лечения или медицинской процедуры (п.1.2.5. Программы) производится на основании рецепта выписанного лечащим врачом или выписки из истории болезни. Закупка медикаментов осуществляется на территории страны лечения и выдается Застрахованному, находящемуся на территории страны лечения, на руки.

2.16. В рамках организации лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная компания) в срок до 10-ти рабочих дней осуществляет:

2.16.1. подбор медицинского учреждения согласно диагнозу;

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

2.16.3. согласование индивидуального плана лечения;

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

2.16.5. согласование даты плановой госпитализации с Застрахованным.

### 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 следующих не являющихся страховыми случаях (указанные ниже расходы не считаются понесенными вследствие или в связи с наступлением страхового случая):

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

3.1.9. 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;

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1.10. 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;

3.1.11. любых заболеваний, не предусмотренных в разделе 1 настоящей Программы.

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

*(при диагностировании онкологического заболевания (пп. 4.1.12.1–3.1.12.4. Программы))*

3.1.12.1. злокачественной меланомой класса А1 (1 мм.), согласно классификации АJCC, 2002;

3.1.12.2. базально-клеточной карциномой;

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

3.1.12.4. онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ);

*(при диагностировании критического заболевания (кардиология (пп.3.1.12.5 – 3.1.12.13. Программы)):*

3.1.12.5. инфарктом миокарда с увеличением показателей тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;

3.1.12.6. безболевым инфарктом миокарда и не-Q инфарктом миокарда во всех локализациях;

3.1.12.7. баллонной ангиопластикой (дилатация), стентированием коронарных артерий;

3.1.12.8. использованием лазера;

3.1.12.9. другими интраартериальными техниками;

3.1.12.10. эндоскопическими манипуляциями;

3.1.12.11. нехирургическими методами лечения;

3.1.12.12. вальвулотомией и/или вальвулопластикой;

3.1.12.13. другими методами лечения, выполненными без замены клапанов;

*(при диагностировании критического заболевания (нейрохирургия (пп. 3.1.12.14–3.1.12.23. Программы)):*

3.1.12.14. злокачественными опухолями головного и спинного мозга (C70-C72);

3.1.12.15. рассеянным склерозом (международный классификационный код болезни-10: G35-G37);

3.1.12.16. синдромом Гийена-Барре;

3.1.12.17. болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями нервной системы (международный классификационный код болезни-10: G30-G31);

3.1.12.18. поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (международный классификационный код болезни-10: G50-G59, M45-M54);

3.1.12.19. церебральными расстройствами, вызванными мигренью;

3.1.12.20. церебральными расстройствами, вызванными травмой или гипоксией;

3.1.12.21. сосудистыми заболеваниями, поражающими глаз или зрительный нерв;

3.1.12.22. приступами вертебробазилярной ишемии;

3.1.12.23. болезнью моторных нейронов ALS (международный классификационный код болезни-10.G12.2).

### **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.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 17а

По настоящей программе Страховщик предоставляет и оплачивает услуги расходы по профилактическому вакцинированию от клещевого энцефалита и дальнейшему амбулаторному обследованию и лечению (в случае укуса клеща), только вакцинированных Застрахованных.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

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

В случае укуса клеща:

- консультация врача, удаление клеща в асептических условиях;
- исследование клеща на вирусность в течение первых суток после укуса (удаления);
- профилактическое введение профилактической дозы противоэнцефалитического иммуноглобулина, согласно условиям серопротекции, но не позднее 72 (семидесяти двух) часов с момента укуса.

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

*Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение/к Страховщику:*

1. По истечении 72 (семидесяти двух) часов с момента укуса клеща.
2. По поводу оплаты услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры.
3. По поводу заболевания клещевым энцефалитом после несвоевременной вакцинации (ревакцинации) и (или) иммунизации;
4. По поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования;
5. По поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями.

## Добровольное медицинское страхование – Комплексная Программа № 176

По настоящей программе Страховщик предоставляет и оплачивает услуги расходы по профилактике заболевания клещевым энцефалитом путем проведения экстренной иммунизации в случае укуса клеща (в том числе и повторного), при заболевании медикаментозное обеспечение лечения клещевого энцефалита Застрахованных.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

- консультация и организация медицинской помощи в случае укуса клеща или появления признаков заболевания,
- удаление клеща в асептических условиях,
- проведение экстренной профилактической иммунизации противэнцефалитическим иммуноглобулином в соответствии с инструкцией в течение всего срока действия страхового полиса, при повторном укусе не раньше чем через 6 недель после предыдущей иммунизации,
- при заболевании клещевым энцефалитом (болезнью Лайма, боррелиозом), стационарное лечение с медицинским обеспечением Застрахованного по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС.

*Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный обратился:*

- в учреждение не предусмотренное страховой программой и (или) в сроки не предусмотренные Договором страхования и (или) не согласованные со Страховщиком;
- по поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями;
- по поводу заболевания клещевым энцефалитом при непроведенной, либо проведенной с нарушением инструкции, экстренной профилактической иммунизации противэнцефалитическим иммуноглобулином;
- для проведения иммунизации спустя 72 (семьдесят два) часа с момента укуса клеща;
- обращение за медицинской помощью по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной в лечебном учреждении, не включенном в список ЛПУ, предусмотренных данной программой;
- за медицинской помощью по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной с нарушением сроков (после 72 (семидесяти двух) часов от момента укуса клеща);
- по поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования;
- по поводу оплаты услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры.



**Программа добровольного медицинского страхования № 18**  
**для лиц в возрасте от \_\_\_до \_\_\_ лет**  
**« \_\_\_\_\_ »**

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными 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<sup>120</sup> с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ), перечень которых опубликован на сайте «\_\_\_\_\_», доступном по ссылке: \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_»), а именно:

1.1.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом<sup>121</sup>, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса), не более 10 (десяти) раз за период действия договора страхования;

1.1.2. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

### **1.2. Сервисные услуги:**

1.2.1. организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной Медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы<sup>122</sup>;

1.2.2. содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы<sup>123</sup>;

1.2.3. услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках настоящей Программы.

## **2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

2.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей 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 прочем размещена на сайте «\_\_\_\_\_».

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):

- с использованием видеосвязи с возможностью обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи с возможностью обмена сообщениями и файлами;

<sup>120</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

<sup>121</sup> Для возраста 1-17 – врач-педиатр, для возраста 18-100 – врач-терапевт.

<sup>122</sup> Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного (его представителя), или оказывается содействие в организации в рамках программы ОМС.

<sup>123</sup> Диагностические обследования и лечение оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или оказывается содействие в организации в рамках программы ОМС.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

2.4. Телемедицинские онлайн-консультации могут проводиться на основе медицинской информации и документации, предоставленной Застрахованным (его представителем).

2.5. Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, загружает/пересылает скан-копии необходимых медицинских документов с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» 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.

2.10. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства РФ и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

### 3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках настоящей Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен авторизоваться на сайте и/или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

3.2. После авторизации на сайте и/или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «\_\_\_\_\_», который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться с медицинским консультантом, 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) нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом», выбирает удобный способ связи и происходит соединение с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по

телефону \_\_\_\_\_<sup>124</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>125</sup>;

- Медицинский консультант уточняет причину обращения и соединяет со свободным дежурным врачом и начинается онлайн-консультация. Время ожидания соединения с врачом составляет не более 3 (трех) минут;

- по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. В случае, если в момент, когда медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и медицинский консультант не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_». В случае если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», заявка на онлайн-консультацию считается завершенной и исполненной.

3.6. Требования Застрахованного (его представителя) относительно сроков проведения онлайн-консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса.

3.7. По итогам онлайн-консультации с врачом в рамках настоящей Программы медицинский консультант предлагает помощь в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, в соответствии с письменной рекомендацией врача.

3.8. Медицинские услуги п. 1.2.1. и 1.2.2. Программы организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) 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 авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) 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;

<sup>124</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>125</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

- 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 авторизации.
- 4.2. Застрахованный (его представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным (его представителем) услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.
- 4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие<sup>126</sup>, 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-педиатров/терапевтов по предварительной записи.
- 5.2. Дистанционные (телемедицинские) онлайн консультации профильных врачей-консультантов и врачей-экспертов.
- 5.3. Организация приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения без письменных рекомендаций врача, по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы.
- 5.4. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 5.5. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

---

<sup>126</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

**Программа добровольного медицинского страхования № 19**  
**для лиц в возрасте от \_\_до \_\_ лет**  
**« \_\_\_\_\_ »**

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса « \_\_\_\_\_ », представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными 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<sup>127</sup> с использованием онлайн-сервиса « \_\_\_\_\_ », проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ), перечень которых опубликован на сайте « \_\_\_\_\_ », доступном по ссылке: \_\_\_\_\_ (далее также – сайт « \_\_\_\_\_ »), а именно:

1.1.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом<sup>128</sup>, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса), не более 10 (десяти) консультаций в период действия договора страхования;

1.1.2. онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») не более 3 (трех) консультаций в период действия договора страхования;

1.1.3. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

### **1.2. Сервисные услуги**

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках настоящей Программы.

1.2.2. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному (его представителю) 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.

1.2.3. Услуги по организации медицинской помощи<sup>129</sup>:

<sup>127</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

<sup>128</sup> Для возраста 1– 17 – врач-педиатр, для возраста 18 – 100 – врач-терапевт.

<sup>129</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается содействие в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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. Дистанционные консультации психологов онлайн или 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 «\_\_\_\_\_».

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):

- с использованием видеосвязи с возможностью обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи с возможностью 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 (его представителем).

2.5. Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, загружает/пересылает скан-копии необходимых медицинских документов с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» 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.

2.10. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства РФ 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 (его представитель) должен авторизоваться на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

3.2. После авторизации на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «\_\_\_\_\_», который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться медицинским консультантом, врачом, получать устные и письменные онлайн-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 онлайн-консультацию.

3.4. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-педиатром/терапевтом при срочной онлайн-консультации осуществляется следующим образом:

- Застрахованный (его представитель) заходит в «Личный кабинет», нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом» и выбирает удобный способ связи. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>130</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан при авторизации<sup>131</sup> на сайте или в мобильном приложении;

- медицинский консультант уточняет причину обращения и соединяет со свободным дежурным врачом и начинается онлайн-консультация. Время ожидания соединения с врачом составляет не более 3 (трех) минут;

- по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Онлайн-консультации по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») проводятся на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и загружает (самостоятельно или с помощью медицинского консультанта) в свой личный кабинет скан-копии необходимых медицинских документов.

3.6. Связь Застрахованного (его представителя) с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») осуществляется следующим образом:

- Застрахованный (его представитель), нажимает на кнопку «связаться с медицинским консультантом», выбирает удобный способ связи и связывается с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по

<sup>130</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>131</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

телефону \_\_\_\_\_<sup>132</sup> Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>133</sup>;

- медицинский консультант подбирает врача (из списка на сайте), учитывая пожелания Застрахованного (его представителя), и резервирует время врача;
- до начала проведения онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) загружает в «Личный кабинет» копии медицинских документов по диагнозу в отношении которого требуется консультация, с указанием этого диагноза;
- за 15 (пятнадцать) минут до начала онлайн-консультации Застрахованному придет уведомление с напоминанием о предстоящей консультации;
- в обозначенное в календаре время медицинский консультант соединяет Застрахованного (его представителя) с врачом и начинается онлайн-консультация;
- по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.7. В случае, если в момент, когда медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и медицинский консультант не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при авторизации на сайте или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_», медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «\_\_\_\_\_». В случае, если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», заявка на онлайн-консультацию считается завершённой и исполненной.

3.8. Требования Застрахованного (его представителя) относительно сроков проведения онлайн-консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса/резервирования времени врача медицинским консультантом.

3.9. В случае, если после резервирования времени врача Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации, он обязан уведомить об этом медицинского консультанта онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», либо через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

3.10. Для получения сервисных услуг, в соответствии с п. 1.2.2. и 1.2.3. Программы, Застрахованный (его представитель) может оставить заявку врачу во время онлайн-консультации или связаться с медицинским консультантом (в соответствии с п. 2.6. настоящей Программы) и в случае необходимости по его запросу предоставить сканированные копии медицинских документов любым доступным способом, в том числе путем загрузки в «Личный кабинет».

3.11. Медицинские услуги п. 1.2.3. Программы организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) 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.

<sup>132</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>133</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.



#### **4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) 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, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг позволяет проводить проверку оборудования на соответствие<sup>134</sup>, 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 10 (десяти) консультаций 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 3 (трех) консультаций 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 онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

5.7. 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.

---

<sup>134</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

## Программа добровольного медицинского страхования № 20

для лиц в возрасте от \_\_до\_\_ лет

«\_\_\_\_\_»

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными 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<sup>135</sup> с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ), перечень которых опубликован на сайте «\_\_\_\_\_», доступном по ссылке: \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_»), а именно:

1.1.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом<sup>136</sup>, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса);

1.1.2. плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;

1.1.3. плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра/терапевта и предварительной записи;

1.1.4. онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);

1.1.5. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

#### 1.2. Сервисные услуги:

1.2.1. организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной Медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>137</sup>;

1.2.2. содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>138</sup>;

1.2.3. услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

### 2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, телефон (в дальнейшем – оборудование) – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).

<sup>135</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

<sup>136</sup> Для возраста 1-17 – врач-педиатр, для возраста 18-100 – врач-терапевт.

<sup>137</sup> Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного (его представителя), или оказывается содействие в организации в рамках программы ОМС.

<sup>138</sup> Диагностические обследования и лечение оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или оказывается содействие 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 «\_\_\_\_\_».

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):

- с использованием видеосвязи с возможностью обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи с возможностью 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 (его представителем).

2.5. Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, загружает/пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» 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 РФ и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

### 3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках настоящей Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен авторизоваться на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

3.2. После авторизации на сайте и/или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного, который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться с медицинским консультантом, 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) нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом», выбирает удобный способ связи и происходит соединение с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>139</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>140</sup>;
- медицинский консультант уточняет причину обращения и соединяет со свободным дежурным врачом и начинается онлайн-консультация. Время ожидания соединения с врачом составляет не более 3 (трех) минут;
- по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при плановой онлайн-консультации по записи, в том числе для получения услуги «Второе мнение», осуществляется следующим образом:

- Застрахованный (его представитель), нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом», выбирает удобный способ связи и связывается с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>5</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>6</sup>;
- медицинский консультант подбирает врача (из списка на сайте), учитывая пожелания Застрахованного (его представителя), и резервирует время врача;
- за 15 (пятнадцать) минут до начала онлайн-консультации Застрахованному придет уведомление с напоминанием о предстоящей консультации;
- в обозначенное в календаре время медицинский консультант соединяет Застрахованного (его представителя) с врачом 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. Онлайн-консультация по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») проводятся на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и загружает (самостоятельно или с помощью медицинского консультанта) в свой личный кабинет скан-копии необходимых медицинских документов.

3.7. В случае, если в момент, когда медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и медицинский консультант не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при авторизации на сайте или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_», медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «\_\_\_\_\_». В случае, если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в

<sup>139</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>140</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

систему онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», заявка на онлайн-консультацию считается завершенной и исполненной.

3.8. Требования Застрахованного (его представителя) относительно сроков проведения онлайн-консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса/резервирования времени врача медицинским консультантом.

3.9. В случае, если после резервирования времени врача Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации, он обязан уведомить об этом медицинского консультанта онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», либо через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

3.10. По итогам онлайн-консультации с врачом в рамках настоящей Программы медицинский консультант предлагает помощь в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, в соответствии с письменной рекомендацией врача.

3.11. Медицинские услуги, согласно п. 1.2.1. и 1.2.2. настоящей Программы, организуются в Медицинских организациях на территории РФ и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается содействие 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 авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик.

4.1.1. При использовании персонального компьютера:

- подключенная к компьютеру видеочкамера 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 авторизации.

4.2. Застрахованный (его представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным (его представителем) услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие<sup>141</sup>, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

---

<sup>141</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

**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 настоящей Программы.
- 5.3. Любые медицинские и сервисные услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 5.4. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

**Программа добровольного медицинского страхования № 21**  
**для лиц в возрасте от \_\_до \_\_ лет**  
**« \_\_\_\_\_ »**

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса « \_\_\_\_\_ », представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными 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<sup>142</sup> с использованием онлайн-сервиса « \_\_\_\_\_ », проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ), перечень которых опубликован на сайте « \_\_\_\_\_ », доступном по ссылке: \_\_\_\_\_ (далее также – сайт « \_\_\_\_\_ »), а именно:

1.1.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом<sup>143</sup>, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса);

1.1.2. плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;

1.1.3. плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра/терапевта и предварительной записи;

1.1.4. онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);

1.1.5. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

### **1.2. Сервисные услуги**

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках настоящей Программы.

1.2.2. Консультации по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному (его представителю) 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.

<sup>142</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

<sup>143</sup> Для возраста 1-17 – врач-педиатр, для возраста 18-100 – врач-терапевт.

1.2.3. Услуги по организации медицинской помощи<sup>144</sup>:

- 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. Дистанционные консультации психологов онлайн или 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, 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 «\_\_\_\_\_».

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):

- с использованием видеосвязи с возможностью обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи с возможностью 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 (его представителем).

2.5. Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, загружает/пересылает скан-копии необходимых медицинских документов с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» 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».

<sup>144</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается содействие в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.



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 РФ 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 (его представитель) должен авторизоваться на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

3.2. После авторизации на сайте и/или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного на сайте «Ask.medzdrav.ru», который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться медицинским консультантом, врачом, получать устные и письменные онлайн-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 онлайн-консультацию.

3.4. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-педиатром/терапевтом при срочной онлайн-консультации осуществляется следующим образом:

- Застрахованный (его представитель) заходит в «Личный кабинет», нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом» и выбирает удобный способ связи. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>145</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан при авторизации<sup>146</sup> на сайте или в мобильном приложении;

- медицинский консультант уточняет причину обращения и соединяет со свободным дежурным врачом и начинается онлайн-консультация. Время ожидания соединения с врачом составляет не более 3 (трех) минут;

- по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом при онлайн-консультации по записи, в том числе для получения услуги «Второе мнение», осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель), нажимает на кнопку «связаться с медицинским консультантом», выбирает удобный способ связи и связывается с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>147</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>148</sup>;

<sup>145</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>146</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

<sup>147</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>148</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации,

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- медицинский консультант подбирает врача (из списка на сайте), учитывая пожелания Застрахованного (его представителя), и резервирует время врача;
- за 15 (пятнадцать) минут до начала онлайн-консультации Застрахованному придет уведомление с напоминанием о предстоящей консультации;
- в обозначенное в календаре время медицинский консультант соединяет Застрахованного (его представителя) с врачом 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. Онлайн-консультация по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») проводятся на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и загружает (самостоятельно или с помощью медицинского консультанта) в свой личный кабинет скан-копии необходимых медицинских документов.

3.7. В случае если в момент, когда медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и медицинский консультант не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при авторизации на сайте или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_», медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «\_\_\_\_\_». В случае, если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», заявка на онлайн-консультацию считается завершённой и исполненной.

3.8. Требования Застрахованного (его представителя) относительно сроков проведения онлайн-консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса/резервирования времени врача медицинским консультантом.

3.9. В случае, если после резервирования времени врача Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации, он обязан уведомить об этом медицинского консультанта онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», либо через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

3.10. Для получения сервисных услуг, в соответствии с п. 1.2.2. и 1.2.3. Программы, Застрахованный (его представитель) может оставить заявку врачу во время онлайн-консультации или связаться с медицинским консультантом (в соответствии с п. 2.6. настоящей Программы) и в случае необходимости по его запросу предоставить сканированные копии медицинских документов любым доступным способом, в том числе путем загрузки в «Личный кабинет».

3.11. Медицинские услуги п. 1.2.3. Программы организуются в Медицинских организациях на территории Российской Федерации и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) 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.

---

будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

#### **4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) 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, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг позволяет проводить проверку оборудования на соответствие<sup>149</sup>, 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.

---

<sup>149</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

**Программа добровольного медицинского страхования № 22**  
**для лиц в возрасте от \_\_ до \_\_ лет**  
**« \_\_\_\_\_ »**

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными 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<sup>150</sup> с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», проводимые врачами-консультантами Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ), перечень которых опубликован на сайте «\_\_\_\_\_», доступном по ссылке: \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_»), а именно:

1.1.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом-педиатром/терапевтом<sup>151</sup>, находящимся в данный момент в системе онлайн (в течение 3 (трех) минут после запроса);

1.1.2. плановые онлайн-консультации врача-педиатра/терапевта по предварительной записи;

1.1.3. плановые онлайн-консультации профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра/терапевта и предварительной записи;

1.1.4. онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);

1.1.5. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врачей-экспертов ведущих медицинских учреждений – не более 3 (трех) раз за период действия договора страхования<sup>152</sup>.

Прием (очная консультация) врачами узкой специализации в профильной Медицинской организации по медицинским показаниям и письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках настоящей Программы, – не более 1 (одного) раза за период действия договора страхования.

### **1.2. Сервисные услуги:**

– организация приема врача профильной специальности в согласованное время в выбранной Медицинской организации по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>153</sup>;

– содействие в организации диагностических обследований и лечения по письменной рекомендации врача, полученной по результатам онлайн-консультации в рамках Программы<sup>154</sup>;

– услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках Программы.

<sup>150</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудиоформате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

<sup>151</sup> Для возраста 1-17 – врач-педиатр, для возраста 18-100 – врач-терапевт.

<sup>152</sup> Установленный лимит длительности консультации – до 30 мин.

<sup>153</sup> Прием врача оплачивается за счет средств Застрахованного (его представителя), или оказывается содействие в организации в рамках программы ОМС.

<sup>154</sup> Диагностические обследования и лечение оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя), или оказывается содействие в организации в рамках программы ОМС.

## 2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Телемедицинские онлайн-консультации в рамках настоящей 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 «\_\_\_\_\_»).

2.3. Телемедицинские онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов, в том числе совместно, по выбору Застрахованного (его представителя):

- с использованием видеосвязи с возможностью обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиосвязи с возможностью 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 (его представителем).

2.5. Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных Застрахованному диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, загружает/пересылает врачу скан-копии необходимых медицинских документов с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» 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 Медицинского консультанта в заранее указанное при записи время.

2.11. Услуги (телемедицинские онлайн-консультации) оказываются врачами, сотрудниками Медицинских организаций с соблюдением норм действующего законодательства РФ и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

## 3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

3.1. Для получения услуг в рамках настоящей Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен авторизоваться на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

3.2. После авторизации на сайте и/или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

3.3. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного, который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запрос на оказание услуг, связываться с медицинским консультантом, 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) нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом», выбирает удобный способ связи и происходит соединение с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>155</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>156</sup>;

– медицинский консультант уточняет причину обращения и соединяет со свободным дежурным врачом и начинается онлайн-консультация. Время ожидания соединения с врачом составляет не более 3 (трех) минут;

– по результатам онлайн-консультации врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

3.5. Связь Застрахованного (его представителя) с врачом-консультантом или врачом-экспертом при плановой онлайн-консультации по записи, в том числе для получения услуги «Второе мнение», осуществляется следующим образом:

– Застрахованный (его представитель), нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом» и связывается с медицинским консультантом. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения срочной онлайн-консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>6</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>7</sup>;

– медицинский консультант подбирает врача (из списка на сайте), учитывая пожелания Застрахованного (его представителя), и резервирует время врача;

– за 15 (пятнадцать) минут до начала онлайн-консультации Застрахованному придет уведомление с напоминанием о предстоящей консультации;

– в обозначенное в календаре время медицинский консультант соединяет Застрахованного (его представителя) с врачом 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. Онлайн-консультация по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение») проводятся на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и загружает (самостоятельно или с помощью медицинского консультанта) в свой личный кабинет скан-копии необходимых медицинских документов.

<sup>155</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>156</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

3.7. В случае если в момент, когда медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем), Застрахованного (его представителя) уже нет в системе (онлайн) и медицинский консультант не смог связаться с Застрахованным (его представителем) посредством онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» и не смог дозвониться до Застрахованного (его представителя) по номеру мобильного телефона, указанному при авторизации на сайте или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_», медицинский консультант пытается связаться с Застрахованным (его представителем) посредством возможностей онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного (его представителя) в системе сервиса «\_\_\_\_\_». В случае, если по прошествии 15 (пятнадцати) минут Застрахованный (его представитель) не войдет в систему онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», заявка на онлайн-консультацию считается завершенной и исполненной.

3.8. Требования Застрахованного (его представителя) относительно сроков проведения онлайн-консультации не подлежат удовлетворению, если Застрахованный (его представитель) не направит запрос на проведение онлайн-консультации или не будет находиться в системе (онлайн) после направления запроса/резервирования времени врача медицинским консультантом.

3.9. В случае если после резервирования времени врача Застрахованный (его представитель) захочет отказаться от проведения онлайн-консультации, он обязан уведомить об этом медицинского консультанта онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», либо через «Личный кабинет» не позднее чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

3.10. По итогам онлайн-консультации с врачом в рамках настоящей Программы медицинский консультант предлагает помощь в организации приема врача профильной специальности, диагностических обследований и лечения, в соответствии с письменной рекомендацией врача.

3.11. Медицинские услуги, согласно п. 1.2. настоящей Программы, организуются в Медицинских организациях на территории РФ и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается содействие 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 авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) 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 авторизации.

4.2. Застрахованный (его представитель) самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Страховая компания, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за

невозможность получения Застрахованным (его представителем) услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг проводит проверку оборудования на соответствие<sup>157</sup>, 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 3 (трех) раз 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 настоящей 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 настоящей Программы.

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

5.5. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, не предоставляются в случае обращения за онлайн-консультацией лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

---

<sup>157</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».



**Программа добровольного медицинского страхования № 23**  
**для лиц в возрасте от \_\_ до \_\_ лет**  
**« \_\_\_\_\_ »**

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинским и сервисных услуг при наступлении страхового события:

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными организациями с целью оказания последними медицинских и сервисных услуг в режиме реального времени (онлайн).

## **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

### **1.1. Медицинские и иные услуги:**

1.1.1. Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу, по предоставленным медицинским документам (услуга «Второе мнение») – не более 3 (трех) раз 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 лечения, организованного в рамках настоящей Программы (п. 1.2.2. настоящей Программы), 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:**

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках настоящей Программы.

1.2.2. Дистанционные консультации онлайн или по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному (его представителю) 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 (далее - РФ), 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 помощи<sup>158</sup>:

- подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного (его представителя) 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;
- 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. Дистанционные консультации психологов онлайн или по телефону по вопросам связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Консультации в рамках настоящей Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный и стационарный телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).

2.2. Консультации могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации.

2.3. Для получения услуг в рамках настоящей Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен авторизоваться на сайте «\_\_\_\_\_», доступном по ссылке: \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_») или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

2.4. После авторизации на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

2.5. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного, который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запросы на оказание услуг, связываться со специалистами медицинского пульта, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный (его представитель) может использовать прикрепленные медицинские документы для их просмотра врачами медицинского пульта.

2.6. Для получения услуг в рамках Программы страхования Застрахованный (его представитель) должен связаться с медицинским консультантом онлайн или по телефону. Застрахованный (его представитель) заходит в «Личный кабинет», нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом» и выбирает удобный способ связи. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>159</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>160</sup>.

2.7. Связь с медицинским консультантом осуществляется круглосуточно.

2.8. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу, по медицинским документам (услуга «Второе мнение») в соответствии с п. 1.1.1. настоящей Программы проводятся врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с

<sup>158</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

<sup>159</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>160</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

законодательством РФ, по направлению врачей медицинского пульта в заранее указанное при записи время.

2.9. Организация онлайн-консультации и запись осуществляется медицинским консультантом.

2.10. Онлайн-консультации по ранее поставленному диагнозу проводятся на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу медицинского пульта информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и загружает (самостоятельно или с помощью медицинского консультанта) в свой личный кабинет скан-копии необходимых медицинских документов.

2.11. По результатам онлайн-консультации «Второе мнение» врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

2.12. В случае если Застрахованный (его представитель) выразит желание отказаться от проведения онлайн консультации «Второе мнение» в согласованное время, он обязан уведомить об этом медицинского консультанта не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.13. В случае необходимости организации медицинской помощи, в соответствии с п. 1.2.3. настоящей Программы, Застрахованный (его представитель) должен связаться с медицинским консультантом (в соответствии с п. 2.6. настоящей Программы) и в случае необходимости по его запросу предоставить сканированные копии медицинских документов любым доступным способом, в том числе путем загрузки в «Личный кабинет» по запросу медицинского консультанта или врача медицинского пульта.

2.14. Медицинские услуги, согласно п. 1.2.3. настоящей Программы, организуются в Медицинских организациях на территории РФ и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается содействие 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. 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, генерализованной инфекции (сепсис).

3.3. Любые услуги, не предусмотренные 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.

### 4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) должен пользоваться оборудованием с учетом следующих характеристик.

4.1.1. При использовании персонального компьютера:

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг позволяет проводить проверку оборудования на соответствие<sup>161</sup>, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

---

<sup>161</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

**Программа добровольного медицинского страхования № 24**  
**для лиц в возрасте от \_\_ до \_\_ лет**  
**« \_\_\_\_\_ »**

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских и сервисных услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_», представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными 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 врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу, по предоставленным медицинским документам (услуга «Второе мнение») – **не более 3 (трех) раз 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 лечения, организованного в рамках настоящей Программы (п. 1.2.2. настоящей Программы), 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 (гнояник);
- 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 Российской Федерации (далее – РФ) вне постоянного места жительства.

## **1.2. Сервисные услуги:**

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках настоящей Программы.

1.2.2. Дистанционные консультации онлайн или по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному (его представителю) 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 (далее – РФ), 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 помощи<sup>162</sup>:

- подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного (его представителя) 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.

1.2.4. Дистанционные консультации психологов онлайн или по телефону по вопросам связанным с заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного.

1.2.5. Услуги юриста по вопросам, связанным с медициной:

1.2.5.1. Устные консультации онлайн или по телефону не более 5 (пяти) раз 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.

1.2.5.2. Письменные консультации не более 1 (одного) раза за период действия договора страхования:

---

<sup>162</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

- 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.

## 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Консультации в рамках настоящей Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный и стационарный телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).

2.2. Консультации могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации.

2.3. Для получения услуг в рамках Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен авторизоваться на сайте «\_\_\_\_\_», доступном по ссылке \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_») или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

2.4. После авторизации на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

2.5. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного, который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запросы на оказание услуг, связываться со специалистами медицинского пульта, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный (его представитель) может использовать прикрепленные медицинские документы для их просмотра врачами медицинского пульта.

2.6. Для получения услуг в рамках настоящей Программы страхования Застрахованный (его представитель) должен связаться с медицинским консультантом онлайн или по телефону. Застрахованный (его представитель) заходит в «Личный кабинет», нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом» и выбирает удобный способ связи. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>163</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>164</sup>.

2.7. Связь с медицинским консультантом осуществляется круглосуточно.

2.8. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу, по медицинским документам (услуга «Второе мнение»), в соответствии с п.1.1.1. настоящей Программы, проводятся врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством РФ, по направлению врачей медицинского пульта в заранее указанное при записи время.

2.9. Организация онлайн-консультации и запись осуществляется медицинским консультантом.

2.10. Онлайн-консультации по ранее поставленному диагнозу проводятся на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу медицинского пульта информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях,

<sup>163</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>164</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

противопоказаниях, и загружает (самостоятельно или с помощью медицинского консультанта) в свой личный кабинет скан-копии необходимых медицинских документов.

2.11. По результатам онлайн-консультации «Второе мнение» врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

2.12. В случае если Застрахованный (его представитель) выразит желание отказаться от проведения онлайн консультации «Второе мнение» в согласованное время, он обязан уведомить об этом медицинского консультанта не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.13. В случае необходимости организации медицинской помощи, в соответствии с п. 1.2.3. настоящей Программы, Застрахованный (его представитель) должен связаться с медицинским консультантом (в соответствии с п. 2.6. настоящей Программы) и в случае необходимости по его запросу предоставить сканированные копии медицинских документов любым доступным способом, в том числе путем загрузки в «Личный кабинет» по запросу медицинского консультанта или врача медицинского пульта.

2.14. Медицинские услуги согласно п. 1.2.3. настоящей Программы организуются в Медицинских организациях на территории РФ и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается содействие 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. 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 Программой.

3.4. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в настоящую 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.

### **4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) 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:



## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.
- 4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг позволяет проводить проверку оборудования на соответствие<sup>165</sup>, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

---

<sup>165</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

**Программа добровольного медицинского страхования № 25**  
**для лиц в возрасте от \_\_до \_\_ лет**  
**« \_\_\_\_\_ »**

По настоящей Программе (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских и сервисных услуг при наступлении страхового события.

Предусмотренные настоящей Программой услуги предоставляются с использованием онлайн-сервиса « \_\_\_\_\_ », представляющего собой программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Застрахованным (его представителем) и Медицинскими/медико-сервисными 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 врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу, по предоставленным медицинским документам (услуга «Второе мнение») – не более 3 (трех) раз за период действия договора страхования.

1.1.2. Предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

### **1.2. Сервисные услуги:**

1.2.1. Услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняются история обращений и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн-консультаций в рамках настоящей Программы.

1.2.2. Дистанционные консультации онлайн или по телефону по вопросам, связанным с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного, в ходе которых Застрахованному (его представителю) 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 (далее – РФ), 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 помощи<sup>166</sup>:

- подбор Медицинской организации и врача-специалиста по запросу Застрахованного (его представителя) 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.

---

<sup>166</sup> Медицинские услуги оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается помощь в организации необходимых медицинских услуг в рамках программы ОМС.

1.2.4. Дистанционные консультации психологов онлайн или по телефону 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. Консультации в рамках настоящей Программы могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный и стационарный телефон (в дальнейшем – оборудование), – которое должно соответствовать техническим требованиям (раздел 4 настоящей Программы).

2.2. Консультации могут проводиться на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации.

2.3. Для получения услуг в рамках Программы страхования Страхователь/Застрахованный (его представитель) должен авторизоваться на сайте «\_\_\_\_\_», доступном по ссылке: \_\_\_\_\_ (далее также – сайт «\_\_\_\_\_») или в мобильном приложении «\_\_\_\_\_» в соответствии с процедурой, описанной в памятке, которую получает Страхователь при заключении договора страхования.

2.4. После авторизации на сайте или в мобильном приложении онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_» Застрахованный (его представитель) переходит в раздел «Личный кабинет».

2.5. Раздел «Личный кабинет» представляет собой персональный раздел Застрахованного, который позволяет Застрахованному (его представителю) направлять запросы на оказание услуг, связываться со специалистами медицинского пульта, получать устные и письменные онлайн-консультации, прикреплять и хранить медицинские документы (результаты анализов, медицинские заключения, справки и т.д.). Застрахованный (его представитель) может использовать прикрепленные медицинские документы для их просмотра врачами медицинского пульта.

2.6. Для получения услуг в рамках настоящей Программы страхования Застрахованный (его представитель) должен связаться с медицинским консультантом онлайн или по телефону. Застрахованный (его представитель) заходит в «Личный кабинет», нажимает на кнопку «Связаться с медицинским консультантом» и выбирает удобный способ связи. В случае невозможности связаться через «Личный кабинет» (отсутствует подключение к сети Интернет) для получения консультации Застрахованный (его представитель) связывается с медицинским консультантом по телефону \_\_\_\_\_<sup>167</sup>. Звонок должен быть осуществлен с телефона, который указан на сайте при авторизации<sup>168</sup>.

2.7. Связь с медицинским консультантом осуществляется круглосуточно.

2.8. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу, по медицинским документам (услуга «Второе мнение»), в соответствии с п.1.1.1. настоящей Программы, проводятся врачами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством РФ, по направлению врачей медицинского пульта в заранее указанное при записи время.

2.9. Организация онлайн-консультации и запись осуществляется медицинским консультантом.

2.10. Онлайн-консультации по ранее поставленному диагнозу проводятся на основе предоставленной Застрахованным (его представителем) медицинской информации и документации. До начала проведения консультации Застрахованный (его представитель) предоставляет врачу медицинского пульта информацию об установленных ему диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, и загружает (самостоятельно или с помощью медицинского консультанта) в свой личный кабинет скан-копии необходимых медицинских документов.

<sup>167</sup> При этом способе связи Застрахованный (его представитель) может быть ограничен в возможностях использования всего объема предоставляемых услуг онлайн-сервиса «\_\_\_\_\_».

<sup>168</sup> В случае звонка с номера телефона, отличного от номера, указанного при авторизации, будет проведена дополнительная идентификация Застрахованного.

2.11. По результатам онлайн-консультации «Второе мнение» врач направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций, которые он дал Застрахованному.

2.12. В случае если Застрахованный (его представитель) выразит желание отказаться от проведения онлайн консультации «Второе мнение» в согласованное время, он обязан уведомить об этом медицинского консультанта не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа, в противном случае услуга будет считаться оказанной.

2.13. В случае необходимости организации медицинской помощи в соответствии с п. 1.2.3. настоящей Программы, Застрахованный (его представитель) должен связаться с медицинским консультантом (в соответствии с п. 2.6. настоящей Программы) и в случае необходимости по его запросу предоставить сканированные копии медицинских документов любым доступным способом, в том числе путем загрузки в «Личный кабинет» по запросу медицинского консультанта или врача медицинского пульта.

2.14. Медицинские услуги, согласно п. 1.2.3. настоящей Программы, организуются в Медицинских организациях на территории РФ и оплачиваются за счет средств Застрахованного (его представителя) или, по возможности, оказывается содействие 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 Программой.

3.2. Перечень заболеваний, обслуживание по которым не входит в настоящую 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.

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

### **4. ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

4.1. С целью получения качественных услуг, в том числе с целью авторизации на сайте «\_\_\_\_\_», получения видеоконсультации и аудиоконсультации, обмена файлами и сообщениями с использованием сервиса «Личный кабинет», Застрахованный (его представитель) 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, онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» и Медицинская организация не несут ответственности за невозможность получения Застрахованным услуги, возникшую из-за оборудования Клиента.

4.3. Онлайн-сервис «\_\_\_\_\_» перед оказанием услуг позволяет проводить проверку оборудования на соответствие<sup>169</sup>, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств.

---

<sup>169</sup> Проверка может быть осуществлена перед консультацией с помощью кнопки «Проверка связи».

## Программа добровольного медицинского страхования № 26

По настоящей программе добровольного медицинского страхования (далее – Программа) Страховщик организует и оплачивает услуги по дородовому наблюдению и родовспоможению не более одного раза за период действия договора страхования, по одной беременности, а также услуги Онлайн-консультаций врача акушера-гинеколога.

### 1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Обращение Застрахованного лица в медицинское или иное учреждение для получения медицинских услуг по дородовому наблюдению и родовспоможению, предусмотренных пп. 1.1.1.2. – 1.1.1.7., 1.1.2. – 1.1.7. Программы, является страховым случаем только при соблюдении всех условий:

- а) первое обращение Застрахованного лица за услугами по дородовому наблюдению и родовспоможению, указанными в пп. 1.1.1.2. – 1.1.1.7, 1.1.2. – 1.1.7. Программы происходит в течение 3 (трех) лет с даты вступления договора страхования в силу и после окончания Периода ожидания;
- б) на момент окончания Периода ожидания Срок беременности, установленный в соответствии с медицинскими документами, составляет не более 12 (двенадцати) недель.

#### 1.1. Медицинские и иные услуги<sup>170</sup>:

##### 1.1.1. Телемедицинские услуги:

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с использованием онлайн-сервиса, проводимые врачами-консультантами сети клиник «\_\_\_\_\_».

1.1.1.1. Онлайн-консультации врача акушера-гинеколога в период действия договора страхования (Период ожидания не применяется).

1.1.1.2. Онлайн-консультации врача акушера-гинеколога, сопровождение во время ведения беременности и родов, в том числе врача акушера-гинеколога, который ведет беременность.

1.1.1.3. Онлайн-консультации врача общей практики/терапевта, в том числе врача, который проводил консультацию в рамках программы дородового наблюдения.

1.1.1.4. Онлайн-консультации узких специалистов в режиме консилиума по назначению врача во время консультации/приема в рамках программ дородового наблюдения и родовспоможения.

1.1.1.5. Онлайн-консультации ведущих специалистов сети медицинских центров «Мать и Дитя» по медицинским документам, услуга «Второе мнение» по вопросам дородового наблюдения и родовспоможения.

1.1.1.6. Онлайн-консультации в режиме консилиума академиков, профессоров, докторов и кандидатов наук, по медицинским показаниям и рекомендации/направлению врача, проводившего консультацию в рамках программы дородового наблюдения и родовспоможения.

1.1.1.7. Онлайн-консультации неонатолога, педиатра, специалиста по грудному вскармливанию в течение 3 (трех) месяцев после родов.

##### 1.1.2. Медицинские услуги по дородовому наблюдению беременных женщин:

Амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги в срок от 8 (восьми) недель беременности до родов, в объеме и в сроки в соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации (далее – РФ) от 01 ноября 2012 № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных

<sup>170</sup> Медицинские услуги будут оказаны в сети клиник «\_\_\_\_\_» или федеральных профильных медицинских центрах.

технологий)»» (далее – Приказ МЗ от 01 ноября 2012 г. № 572н), в том числе следующие диагностические, лечебные и профилактические услуги, включая (*подробный перечень с количеством услуг в Приложении № 1 к настоящей Программе*):

1.1.2.1. Прием (первичный и повторный): осмотр и консультация: терапевта, стоматолога, офтальмолога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, в том числе врача акушера-гинеколога категории «А»<sup>171</sup>.

1.1.2.2. Лабораторные исследования<sup>172</sup>: забор крови из вены, глюкозотолерантный тест, клинический анализ крови, общий анализ мочи с микроскопией осадка, мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора), креатинин, мочевины, Общий белок, Глюкоза, Билирубин общий, АЛТ (аланинаминотрансфераза), АСТ (аспартатаминотрансфераза), Фосфатаза щелочная, Железо, Группа крови и резус-принадлежность, Kell-антиген, определение аллоиммунных антител к антигенам эритроцитов (резус и минорные антигены Kell, Duffy), Rh (C, E, c, e), Kell - фенотипирование (Определение наличия на исследуемых эритроцитах Антигенов C, E, c, e, K, Тиреотропный гормон (ТТГ), Тироксин свободный (Т4 свободный), Пренатальный скрининг 2-го триместра (16-20 (шестнадцать – двадцать) недель) (тройной тест) (определение уровня АФП, b-ХГЧ и свободного эстриола с расчетом риска трисомии и дефектов нервной трубки), Комплексное стандартное исследование гемостаза, Определение Д- димеров, Комплекс серологических реакций: HBs-Ag, анти-HCV, анти-ВИЧ+АГ, МР, Антитела к ВГЧ I и II типа - Антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ) I и II типа (два антитела - IgM, IgG), Антитела к Цитомегаловирусу (два антитела - IgM, IgG), Антитела к вирусу краснухи (два антитела - IgM, IgG), Антитела к Токсоплазме *Toxoplasma gondii* (два антитела - IgM, IgG), *Chlamydia trachomatis* (соскоб), Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, Посев материала из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, Цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала), Комбинированная оценка риска хромосом патологии и гестоза (пренатальный скрининг 1-го триместра 11-13 (одиннадцать - тринадцать) недель).

1.1.2.3. Инструментальные исследования: кардиотокография (КТГ), ЭКГ взрослого, УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца, плода и доплерографию по показаниям) с 11 (одиннадцати) недель беременности, УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и доплерографию по показаниям) с 11 (одиннадцати) недель беременности, специалистом категории «А».

1.1.2.4. Введение антирезусного иммуноглобулина для профилактики резус конфликта. Стоимость препарата включена в программу.

### **1.1.3. Медицинские услуги, необходимость которых возникла в результате выявленных патологий в период дородового наблюдения.**

Под «патологиями» в данной Программе подразумевается: вращение плаценты в рубцовую область матки, токсикоз беременных и гестоз, анемия, невынашивание, маловодие, многоводие, неправильное предлежание плода, предлежание плаценты, эклампсия, гипертонус матки, артериальная гипертензия, артериальная гипотония, сахарный диабет.

### **1.1.4. Медицинские услуги, необходимые для назначения/корректировки лечения острых заболеваний (или обострения хронических заболеваний), возникших во время дородового наблюдения в рамках Программы:**

<sup>171</sup> Категория «А» - максимальная эффективность специалиста.

<sup>172</sup> По назначению гинеколога/маммолога: определение СА-125 в сыворотке, определение СА-15-3, ПЦР б, эстроген, прогестерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, расширенная кольпоскопия.

1.1.4.1. Консультации/прием врача акушера-гинеколога, врача общей практики/терапевта.

1.1.4.2. Инструментальные и лабораторные исследования необходимые для корректировки лечения по направлению врача, проводившего консультацию в рамках программы.

**1.1.5. Стационарное обслуживание при родовспоможении и/или дородовом наблюдении (физиологические/плановые оперативные одноплодные/многоплодные роды):**

1.1.5.1. Пребывание в отделении патологии беременности по медицинским показаниям и направлению врача акушера-гинеколога ведущего дородовое наблюдение в рамках программы.

1.1.5.2. Прерывание беременности по медицинским показаниям и направлению врача акушера-гинеколога, который ведет дородовое наблюдение.

1.1.5.3. Осмотр Застрахованного в Приемном отделении Госпиталя дежурным врачом акушером-гинекологом при поступлении для родоразрешения, в т.ч. с предвестниками родов, неограниченное количество раз.

1.1.5.4. Госпитализация Застрахованного с предвестниками родов по назначению дежурного врача для стационарного наблюдения в предродовую палату неограниченное количество раз в период действия договора, но не более 12 (двенадцати) часов пребывания единовременно, более 12 (двенадцати) часов, только по решению дежурного врача.

1.1.5.5. Госпитализация Застрахованного при оперативных родах не ранее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного оперативного родоразрешения.

1.1.5.6. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала.

1.1.5.7. Ведение самопроизвольных (физиологических) родов или оперативных родов (путем проведения операции кесарево сечения) дежурной медицинской бригадой в составе:

- - врач акушер-гинеколог,
- - врач анестезиолог,
- - врач-неонатолог,
- - акушерка, медицинская сестра анестезист, операционная медицинская сестра,

Включающие в себя медицинские услуги:

- акушерское пособие;
- катетеризация вены;
- забор крови для проведения анализов из вены матери и из пуповины очистительная клизма;
- амниотомия (по медицинским показаниям);
- катетеризация мочевого пузыря (по медицинским показаниям);
- КТГ в родах;
- осмотр родовых путей;
- эпизиотомия / перинеотомия (по медицинским показаниям);
- ушивание разрывов;
- первичная обработка новорожденного;
- хирургическое отсечение пуповинного остатка.

1.1.5.8. Проведение гистологического исследования последа или послеоперационного материала (по медицинским показаниям).

1.1.5.9. Проведение анестезии (обезболивания) при родоразрешении с учетом медицинских показаний и согласия пациента. Индивидуальный подбор анестезиологического пособия.



1.1.5.10. Стационарная медицинская помощь Застрахованному (по медицинским показаниям) в палате интенсивной терапии отделения анестезиологии и реанимации.

1.1.5.11. Оказание в родильном зале первичной и реанимационной (по медицинским показаниям) медицинской помощи новорожденному.

1.1.5.12. Стационарная медицинская помощь Застрахованному после окончания родов (по медицинским показаниям) в индивидуальном родильном зале (до 3-х часов).

1.1.5.13. Стационарная медицинская помощь Застрахованной в индивидуальной палате в физиологических или обсервационном отделениях в сроке до 3-х койко-дней после самопроизвольных родов и до 6-ти койко-дней после оперативных родов.

При этом стационарная медицинская помощь Застрахованному включает в себя:

- Осмотры акушерами-гинекологами;
- Осмотры врачами специалистами (по медицинским показаниям);
- Лабораторные исследования по медицинским показаниям (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микроскопическое исследование влагалищных мазков, коагулограмма; определение группы крови и резус-фактора; анализ крови на RW, HBsAg, HCV, ВИЧ);
- Функциональная диагностика по медицинским показаниям включая ультразвуковые исследования, за исключением КТ и МРТ;
- Лекарственная терапия (по медицинским показаниям);
- Проведение физиотерапии по медицинским показаниям
- Оказание медицинской помощи акушеркой послеродового отделения при становлении лактации (по медицинским показаниям).

1.1.5.14. Однократная консультация медицинского психолога «Школы для беременных».

1.1.5.15. Однократный амбулаторный осмотр врача акушера-гинеколога, УЗИ органов малого таза в течение 56 (пятидесяти шести) календарных дней после родов.

1.1.5.16. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством РФ.

#### **1.1.6. Стационарная медицинская помощь новорожденному ребенку/новорожденным детям (по медицинским показаниям) в отделении детской реанимации и интенсивной терапии.**

1.1.6.1. Стационарная медицинская помощь новорожденному ребенку/новорожденным детям в физиологических или обсервационном отделениях в сроке до 3-х койко-дней после самопроизвольных родов и 6-х койко-дней после оперативных родов.

При этом стационарная медицинская помощь новорожденному включает:

- уход за новорожденным;
- осмотры врачами-неонатологами (педиатрами);
- осмотры врачами специалистами (по медицинским показаниям);
- лабораторные и функциональные исследования (по медицинским показаниям);
- лекарственная терапия (по медицинским показаниям);
- вакцинация против гепатита В и туберкулеза (при отсутствии противопоказаний и наличии согласия со стороны Застрахованного/законного представителя). Вакцинация проводится только в период стационарного наблюдения. Вакцинация ребенка после выписки из стационара в рамках данной программы не проводится.

При отсутствии противопоказаний предоставляются условия совместного пребывания матери и ребенка в послеродовом периоде.

#### **1.1.7. В случае первичного выявления (подозрения), в результате диагностических обследований в рамках Программы, онкологического заболевания Застрахованному лицу предоставляются следующие услуги:**

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1.7.1. Медицинские услуги<sup>173</sup> для верификации диагноза и составления персонализированного плана лечения, которые включают:

- консультацию врача-онколога, «второе медицинское мнение», онкологический консилиум;
- лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, иммуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, PЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога;
- инструментальную диагностику (МРТ, КТ, ПЭТ-КТ, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие, по назначению врача-онколога).

### 1.2. Сервисные услуги:

1.2.1. Телефонный медицинский пульт 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю (период ожидания не применяется).

1.2.2. Полное сопровождение Застрахованного лица на всех этапах координация и курация во время программы дородового наблюдения и родовспоможения.

1.2.3. В случае первичного выявления в результате диагностических обследований в рамках программы онкологического заболевания Застрахованной предоставляются следующие услуги:

1.2.3.1. Организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза и составления плана лечения;

1.2.3.2. Круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;

1.2.3.3. Круглосуточная консультация персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием;

1.2.3.4. Консультация по плану лечения онкологического заболевания;

1.2.3.5. Консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

## 2. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

Для получения услуг в рамках программы страхования Застрахованный должен:

2.1. Позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Сервисной организации \_\_\_\_\_.

2.2. Для организации медицинских услуг в рамках программ дородового наблюдения и родовспоможения (пп. 1.1.1.2. – 1.1.7, 1.1.2. – 1.1.7. Программы) необходимо предоставить медицинский документ, подтверждающий факт беременности и медицинские документы по запросу врачей медицинского пульта.

## 3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ

**3.1. Заболевания и состояния, лечение которых не может быть оплачено Страховщиком:**

3.1.1. Заболевания и состояния, не указанные в разделе 1 Программы.

3.1.2. Заболевания в результате получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного (более 0,5 промилле), наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами.

<sup>173</sup> Медицинские услуги будут оказаны в Медицинской организации по рекомендации врача Сервисной организации.

**3.2. Медицинские услуги, которые не входят в Программу и не оплачиваются Страховщиком:**

- 3.2.1. Услуги, проводимые без медицинских показаний.
- 3.2.2. Услуги, не являющиеся услугами по дородовому наблюдению или родовспоможению, за исключением прямо перечисленных в настоящей программы.
- 3.2.3. Дополнительные медицинские услуги, направленные на выявление патологий.
- 3.2.4. Услуги проводимые в медицинских и иных организациях не предусмотренных в Программе страхования и выбор которых не был согласован со Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной организацией).
- 3.2.5. Проведение Пациенту или новорожденному/новорожденным осмотров и консультаций врачами-специалистами других специализированных лечебных учреждений.
- 3.2.6. Любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой.
- 3.2.7. Любые медицинские услуги, оказанные в период ожидания – 3 (три) календарных месяца с даты вступления договора страхования в силу, за исключением пп. 1.1.1.1. и 1.2.1. Программы.
- 3.2.8. Медицинские услуги по дородовому наблюдению и родовспоможению по более чем одной беременности в течении срока действия договора страхования.
- 3.2.9. Медицинские услуги по дородовому наблюдению и родовспоможению в случае, если на момент окончания периода ожидания срок беременности в соответствии с медицинскими документами более 12 (двенадцати) недель.
- 3.2.10. В иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

**3.3. На страхование не принимаются лица:**

- 3.3.1. у которых есть и когда-либо были обнаружены или диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;
- 3.3.2. у которых до заключения договора были диагностированы любые формы туберкулеза, инфекционные формы гепатита, цирроз печени;
- 3.3.3. у которых диагностированы особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- 3.3.4. у которых диагностирован ДЦП;
- 3.3.5. состоящие на учете в психоневрологических, наркологических диспансерах, либо имеющие диагностированные психические заболевания;
- 3.3.6. не являющиеся гражданами РФ.

ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Приложение № 1 к Программе страхования

№ п/п	Название услуги	Кол-во
1	Прием (осмотр, консультация) акушера-гинеколога повторный или Прием (осмотр, консультация) акушера-гинеколога категории «А» повторный	13
2	Прием (осмотр, консультация) оториноларинголога первичный	1
3	Прием (осмотр, консультация) офтальмолога первичный	1
4	Прием (осмотр, консультация) стоматолога первичный	1
5	Прием (осмотр, консультация) терапевта первичный	1
6	Прием (осмотр, консультация) терапевта повторный	1
7	Кардиотокография (КТГ)	6
8	ЭКГ взрослого	1
9	Забор крови из вены	26
10	Глюкозотолерантный тест	1
11	Клинический анализ крови	3
12	Общий анализ мочи с микроскопией осадка	13
13	Мазок гинекологический (микроскопия: клеточный состав, микрофлора)	2
14	Креатинин	2
15	Мочевина	2
16	Общий белок	2
17	Глюкоза	2
18	Билирубин общий	2
19	АЛТ (аланинаминотрансфераза)	2
20	АСТ (аспартатаминотрансфераза)	2
21	Фосфатаза щелочная	2
22	Железо	2
23	Группа крови и резус-принадлежность, Kell-антиген	1
24	Определение аллоиммунных антител к антигенам эритроцитов (резус и минорные антигены Kell, Duffy)	1
25	Rh (C, E, c, e), Kell - фенотипирование (Определение наличия на исследуемых эритроцитах Антигенов C, E, c, e, K)	1
26	Тиреотропный гормон (ТТГ)	1
27	Тироксин свободный (Т4 свободный)	1
28	Пренатальный скрининг 1-го триместра (11-14 нед) (двойной тест) (определение уровня ПАПП-А-белка (РАРР-А) и Свободного б-ХГЧ с расчетом риска трисомии) с оценкой риска гестоза	1
29	Пренатальный скрининг 2-го триместра (16-20 нед) (тройной тест) (определение уровня АФП, б-ХГЧ и свободного эстриола с расчетом риска трисомии и дефектов нервной трубки) (в случае отсутствия результатов скрининга 1-го триместра)	1
30	Комплексное стандартное исследование гемостаза	2
31	Определение Д- димеров	2
32	Комплекс серологических реакций: HBs-Ag, анти-HCV, анти-ВИЧ+АГ, МР	2
33	Антитела к ВГЧ I и II типа - Антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ) I и II типа (два антитела - IgM, IgG)	1
34	Антитела к Цитомегаловирусу (два антитела - IgM, IgG)	1
35	Антитела к вирусу краснухи (два антитела - IgM, IgG)	1
36	Антитела к Токсоплазме Toxoplasma gondii (два антитела - IgM, IgG)	1
37	Chlamydia trachomatis (соскоб)	1
38	Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	1
39	Посев материала из цервикального канала на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	2
40	Цитологическое исследование (соскоб с шейки матки и цервикального канала)	1
41	Комбинированная оценка риска хромосом патологии и гестоза (пренатальный скрининг 1-го триместра 11-13 недель)	1
42	УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и доплерометрию по показаниям) с 11 недель беременности	5
43	УЗИ беременных (включает оценку анатомических структур, в т.ч. сердца плода и доплерометрию по показаниям) с 11 недель беременности, специалистом категории «А»	5

## **Программа добровольного медицинского страхования № 27 для лиц в возрасте от \_\_\_до \_\_\_ лет**

По настоящей Программе Страховщик 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) 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:

- диагноз, требующий лечения, подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования<sup>174</sup> ;
- соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия Договора, и/или на протяжении периода ожидания (в случае если период ожидания предусмотрен договором страхования)<sup>175</sup> ;
- 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 \_\_\_\_\_.

### **1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

#### **1.1. Покрываемые Программой заболевания:**

1.1.1. Онкологическое заболевание – опасное заболевание, проявляющееся в период действия страхования, обусловленного договором страхования в развитии злокачественной опухоли, характеризующееся бесконтрольным ростом, инвазией в нормальную ткань и 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. Страховыми случаями признаются:**

1.2.1. Одно или несколько обращений Застрахованного в медицинское или иное учреждение по согласованию и направлению Страховщика для получения медицинской помощи, предусмотренной настоящей Программой, вследствие диагностирования у Застрахованного онкологического заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по кодам:

1.2.1.1. D00-D09 (новообразования in situ), в период действия страхования, обусловленного Договором страхования (период ожидания не применяется);

1.2.1.2. C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), в период действия страхования, обусловленного договором страхования, учитывая условие применения Периода ожидания (период ожидания составляет 6 (шесть) месяцев, при пролонгации период ожидания не применяется).

1.2.1.3. При этом несколько обращений для получения медицинской помощи вследствие диагностирования одного и того же онкологического заболевания рассматриваются как один страховой случай, датой наступления которого признается дата первичного обращения Застрахованного в медицинское или иное учреждение по

<sup>174</sup> Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

<sup>175</sup> 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).

согласованию и направлению Страховщика.

1.2.2. По событиям, признанными страховыми случаями в соответствии с п. 1.2.1. Программы, подлежат оплате медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, необходимые для подтверждения поставленного диагноза, а также для лечения заболевания, в пределах страховой суммы, установленной настоящим Договором.

Лечение заболевания по событию, признанному страховым случаем в соответствии с п. 1.2.1. Программы, проводится в течение не более 3 (трех) лет с момента подтверждения поставленного диагноза онкологического заболевания.

### 1.3. **Медицинские и иные услуги**<sup>176</sup>:

Период ожидания не применяется

1.3.1. Консультация ведущего врача-онколога по данной нозологии, лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для верификации диагноза и составления плана лечения.

Период ожидания в соответствии с диагнозом п. 1.1. (при первичном заключении договора страхования).

1.3.2. 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;
- 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.

1.3.3. Сохранение репродуктивного потенциала, путем забора биоматериала в случае выявления онкологического заболевания, для застрахованных в фертильном возрасте.

### 1.4. **Сервисные услуги по организации медицинской помощи:**

Период ожидания не применяется.

1.4.1. Телефонный медицинский пульт 24 часа в сутки/7 дней в неделю, услуги врача-куратора;

1.4.2. 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, 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 со страховым продуктом;

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

1.4.4. Организация и оплата получения и доставки биологического материала Застрахованного для проведения верификации диагноза;

1.4.5. Организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;

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

1.4.7. Организация доступа к лучшим врачам по данной нозологии;

1.4.8. Консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием, консультации по плану лечения;

1.4.9. Консультации по выбору профильной медицинской организации;

1.4.10. Организация лечения и госпитализации в профильных федеральных медицинских

---

<sup>176</sup> Медицинские услуги преимущественно оказываются в федеральных медицинских центрах в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

организациях и иных профильных медицинских организациях;

1.4.11. Сопровождение и курация на всех этапах лечения;

1.4.12. Круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;

1.4.13. Информирование/консультации по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;

1.4.14. Информационная поддержка по пройденному лечению.

1.4.15. Организация и оплата проезда застрахованного с целью получения лечения в рамках страхового случая<sup>177</sup>. Уровень сервиса – эконом-класс;

1.4.16. Организация реабилитации, необходимость которой возникла в результате онкологического заболевания, в рамках программы<sup>178</sup>.

1.4.17. Репатриация останков, организация и оплата ритуальных услуг<sup>179</sup> согласно статьи 7 ФЗ "О погребении и похоронном деле" от 12.01.1996 N 8-ФЗ. Услуга оказывается в течение 3-х лет после постановки онкологического диагноза в рамках Программы, если смерть наступила в результате заболевания в рамках программы.

## 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) \_\_\_\_\_.

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 «\_\_\_\_\_»;

<sup>177</sup> Только в случае организации лечения в рамках программы, в медицинской организации, которая находится на расстоянии не менее 100 км от места постоянного проживания Застрахованного.

<sup>178</sup> Медицинские услуги организуются и оказываются в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или оплачиваются за счет средств Застрахованного.

<sup>179</sup> Оформление документов необходимых для погребения; гроб лакированный; постельные принадлежности в гроб (постель, подушка, покрывало, салфетка); венки 100 см; временное надгробие; доставка ритуально-похоронных принадлежностей до места нахождения тела; перевозка гроба с телом (от места нахождения тела до места погребения); переноска гроба с телом (от катафалка до места погребения); погребение; могила/кремация.

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 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 \_\_\_\_\_;
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях 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.

2.14. Застрахованный имеет право на возмещение произведенных фактических расходов по оплате лечения, в случае если Застрахованный самостоятельно, по согласованию со Страховщиком (его уполномоченным представителем – Сервисной организацией), оплатил медицинские услуги, предусмотренные Программой.

2.15. Для организации проезда Застрахованного с целью получения лечения в рамках страховой программы (п. 1.3.15. Программы) Застрахованный отправляет заявку на электронный адрес «\_\_\_\_\_» в срок не позднее 5 (пяти) дней до предполагаемой даты приезда.



2.16. Страховщик (его уполномоченный представитель – Сервисная организация) организует и оплачивает проезд Застрахованного с целью лечения в соответствии с графиком утвержденного плана лечения.

2.17. Транспортные расходы с целью прибытия к месту лечения и обратно (количество поездок в течение года не ограничено, но привязано к курсам реабилитации) включают: перелет/проезд, такси от/до аэропорта/вокзала, перемещение к месту лечения при удаленном проживании. Уровень сервиса — эконом-класс.

2.18. При изменении Застрахованным дат и сроков поездки, согласованных с Сервисной организацией, Застрахованный возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика (его уполномоченного представителя – Сервисной организации), если только такие изменения не были подтверждены Сервисной организацией как необходимые с медицинской точки зрения.

2.19. Для организации медицинских услуг по реабилитации (п.1.3.16.) Застрахованный должен обратиться на круглосуточный медицинский пульт по телефону \_\_\_\_\_ и отправить на эл. почту \_\_\_\_\_ направление от лечащего врача.

### 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:

- 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:

## ПРАВИЛА ОБЩЕГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит); поликистоз почек; асбестоз; любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени.