

УТВЕРЖДЕНЫ  
Приказом Генерального директора  
ООО СК «Согласие-Вита»  
от 28.02.2020 г. № СВ-1-07-09

*Подписано УКЭП через личный кабинет  
субъекта страхового дела на сайте Банка России*

Т.С.Ланда

**КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ «ВИТА СУПЕРДОК»**

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Комбинированных правил страхования «Вита СуперДок» (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») ООО СК «Согласие-Вита» (далее по тексту – «Страховщик») заключает следующие договоры добровольного страхования (далее по тексту – «Договор(-ы)» или «Договор(-ы) страхования»): договоры страхования жизни, договоры добровольного медицинского страхования или договоры комбинированного страхования жизни и добровольного медицинского страхования (далее также – «договоры комбинированного страхования»).
- 1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (Страхового полиса), обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования (Страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования (в Страховом полисе).
- 1.3. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к Правилам страхования) или о дополнении настоящих Правил страхования (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в приложениях к Правилам страхования, такие приложения применяются в измененном виде. Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю.
- 1.4. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования.
- 1.5. В настоящих Правилах/Договоре страхования используются следующие определения и термины:
  - 1.5.1. **Основная программа страхования (основная программа)** – один или несколько страховых рисков, описанных в Правилах страхования и Страховом полисе, которые являются неотъемлемой частью Договора страхования. Договор страхования включает основные программы в полном объеме, исключение основной программы из Договора страхования невозможно без расторжения Договора.
  - 1.5.2. **Дополнительная программа страхования (дополнительная программа)** – одна или несколько программ страхования, описанных в Правилах страхования, включение которых в Договор страхования не является обязательным при заключении Договора. Дополнительные программы могут быть включены в Договор при заключении Договора.
  - 1.5.3. **Программа страхования «Выплата»** - тип Основной программы, который позволяет получить денежное возмещение, определенное Договором страхования в результате реализации страхового события, если Договором не предусмотрено иное.
  - 1.5.4. **Программа страхования «Лечение»** - тип Основной программы, который позволяет получить медицинское обследование и/или лечение в результате реализации страхового события согласно условиям Договора страхования, если не предусмотрено иное.
  - 1.5.5. **Застрахованное лицо (ЗЛ)** – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования.
  - 1.5.6. **Дополнительное Застрахованное лицо (ДЗ)** – физическое лицо, являющееся ребенком Застрахованного лица по Основной программе по закону, в т.ч. усыновленные и находящиеся на иждивении Застрахованного лица или рожденное в течение срока действия Договора. Положения Правил, относящиеся к Застрахованному лицу, в равной мере относятся к Дополнительному Застрахованному лицу, кроме случаев, когда для Дополнительного Застрахованного лица предусмотрены иные условия, отличные от условий для Застрахованного лица.
  - 1.5.7. **Страховщик** - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Согласие-Вита (ООО СК «Согласие-Вита»), действующее на основании лицензий ЦБ РФ на осуществления страхования СЖ № 3511 и СЛ № 3511.
  - 1.5.8. **Страхователь** - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.
  - 1.5.9. **Выгодоприобретатель** - одно или несколько лиц, в пользу которых заключен Договор страхования, и которое(-ые) обладает(-ют) правом на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая.
  - 1.5.10. **Страховой полис** – документ, подтверждающий заключение между Страхователем и Страховщиком Договора страхования.
  - 1.5.11. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку в соответствии с условиями Договора страхования.
  - 1.5.12. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.
  - 1.5.13. **Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, используемая для расчета страховой премии. Страховой тариф по конкретному договору страхования устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем.  
Страховой тариф зависит от состояния здоровья, пола, возраста Застрахованного лица, особенностей его трудовой деятельности, иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая, набора страховых рисков, срока страхования, периода ожидания, периодичности оплаты страховых взносов, иных условий страхования, а также может зависеть от гарантированной нормы доходности, определенной Страховщиком.

- 1.5.14. **Льготный период** – если иное не предусмотрено Договором страхования, - период времени, предоставляемый Страхователю для погашения задолженности по оплате очередного страхового взноса во избежание прекращения Договора страхования в связи с неоплатой (неполной оплатой). При этом срок требования Страховщика по оплате страхового взноса считается наступившим с даты, предшествующей дате начала льготного периода. Договором страхования может быть предусмотрено, что льготный период не устанавливается.
- 1.5.15. **Платежное поручение** – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты страховой премии (страхового взноса), который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 1.5.16. **Страховая сумма** — денежная сумма, определенная в порядке, установленном Договором страхования, исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 1.5.17. **Страховая выплата** - по страховому риску, предусмотренному п. 3.1.2 Правил страхования, - сумма денежных средств, которую Страховщик обязуется выплатить Выгодоприобретателю при наступлении события, признанного страховым случаем. При наступлении страхового случая по страховому риску, предусмотренному п. 3.1.1 Правил страхования, Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС Застрахованного лица.
- 1.5.18. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.
- 1.5.19. **Страховой случай** — совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- 1.5.20. **Срок страхования** — период действия Договора страхования, при наступлении страхового случая во время которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с Договором страхования (при отсутствии оснований для отказа в выплате). Условиями Договора страхования может быть специально оговорен срок страхования в отношении отдельных программ страхования/страховых рисков.
- 1.5.21. **Врач** — специалист с окончанным высшим медицинским образованием, имеющим юридическое право заниматься лечебно-профилактической деятельностью.
- 1.5.22. **Заблевание** — нарушение здоровья Застрахованного лица, не вызванное несчастным случаем и впервые диагностированное на основании объективных симптомов после вступления Договора страхования в силу за исключением заболеваний, о наличии которых Страховщик был уведомлен в письменном виде Страхователем и/или Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования.
- 1.5.23. **Предшествовавшее состояние** — любое нарушение здоровья Застрахованного лица, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное и/или не диагностированное, но о существовании которого подозревали, и/или о котором Застрахованное лицо должно было знать по имеющимся проявлениям или признакам, в связи с которым до заключения Договора страхования с участием Застрахованного лица произошло любое событие медицинского характера. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.5.24. **Смертельно опасное заболевание** — впервые диагностированное в течение срока страхования (после истечения периода ожидания, если установлен Договором, и если иное не предусмотрено Договором) заболевание или проведение хирургического вмешательства, предусмотренное Правилами страхования (включая Приложения к ним)/Договором страхования (Приложением к нему).
- 1.5.25. **Годовщина действия Договора страхования (или «Полисная годовщина»)** — число и месяц даты вступления Договора страхования в силу. При этом если годовщина действия Договора страхования приходится на месяц, в котором нет соответствующего числа, то датой полисной годовщины считается последний день этого месяца.
- 1.5.26. **Полисный год** - полный год действия Договора страхования. Отсчет лет ведется с даты вступления Договора страхования в силу.
- 1.5.27. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** — максимальный размер страховой выплаты, установленный Правилами страхования (включая приложения к Правилам страхования) и / или Договором страхования (включая приложения к нему) по страховому (-ым) риску (-ам) / по страховому (-ым) случаю (-ям) / по отдельным заболеваниям (состояниям) / на отдельные медицинские и иные услуги. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении (в т.ч. в процентах от страховой суммы), в виде временного периода и/или максимального количества дней, за которые будет производиться страховая выплата по страховому(-ым) случаю(-ям), а при осуществлении медицинского страхования также и в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней, количеству обращений и т.п.).
- 1.5.28. Под Медицинскими услугами и иными услугами в настоящих Правилах страхования (включая Приложения) понимаются:
- 1.5.28.1 **Медицинские услуги** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный объем (перечень (виды)) медицинских услуг, организуемых и оказываемых по Договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования.
- 1.5.28.2. **Иные услуги** - услуги, не входящие в состав медицинской услуги, связанные с организацией оказания и оказанием медицинских услуг, в частности, к таким услугам могут относиться услуги по транспортировке, в

том числе, по организации проезда в медицинскую организацию и обратно, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, переводческие услуги в период оказания медицинских услуг, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг. Конкретный объем (перечень (виды)) иных услуг, организуемых и оказываемых по договору страхования, указывается в Программе добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования.

- 1.5.29. Под **Медицинскими организациями** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии (или иного документа, на основании которого разрешено осуществление медицинской деятельности, выданного в соответствии с законодательством страны, в которой оно располагается (если применимо)), а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (далее по тексту также – «медицинские организации»);
- 1.5.30. Под **Иными организациями** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:
- 1.5.30.1. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);
- 1.5.30.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинского и иных услуг, предусмотренных договором страхования (далее по тексту также – **Сервисные компании** или **Ассистанс-компании**).
- 1.5.31. **Медицинская помощь** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.
- 1.5.32. **Программа добровольного медицинского страхования (также может именоваться Программа ДМС)** – документ, являющийся приложением к Правилам страхования и неотъемлемой частью Договора страхования, предусматривающего соответствующий страховой риск, в котором определен объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает по Договору страхования, предусматривающему соответствующий страховой риск, а также порядок их оказания.
- 1.5.33. **Период ожидания** — период времени, который может устанавливаться Договором страхования, исчисляемый с даты начала срока действия Договора страхования или с другой даты, указанной в Договоре страхования. Событие, произошедшее в течение такого периода времени, не является страховым случаем (согласно разделу 4 Правил страхования).
- 1.5.34. **Период охлаждения** — период времени, начинающийся со дня заключения Договора страхования, в течение которого Страхователь вправе отказаться от Договора страхования, а Страховщик обязан вернуть уплаченные денежные средства/часть денежных средств в порядке, установленном в разделе 8 настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней, если иной срок не установлен действующим законодательством Российской Федерации или если Договором страхования не предусмотрен иной срок, не противоречащий действующему законодательству Российской Федерации. Если действующим законодательством Российской Федерации не установлен срок, в течение которого Страхователь вправе отказаться от заключенного Договора страхования, а Страховщик обязан вернуть уплаченные денежные средства/часть денежных средств, то период охлаждения не устанавливается, если иное не предусмотрено Договором страхования.
- 1.5.35. **Территория страхования** — территория, на которую распространяется действие Договора страхования. По настоящим Правилам территорией страхования определяется весь мир, если Договором страхования не предусмотрено иное.
- 1.5.36. **Территория оказания услуг** – территория, на которой Застрахованному(-ым) лицу(-ам) могут быть организованы и оказаны медицинские и иные услуги.
- 1.5.37. **Форс-мажор** — обстоятельства непреодолимой силы: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, природные катастрофы и катаклизмы.
- 1.6. Приложениями к Правилам страхования могут быть предусмотрены дополнительные термины, не указанные в настоящем разделе.
- 1.7. Использование иностранной валюты, а также платежных документов в иностранной валюте при осуществлении расчетов на территории Российской Федерации по обязательствам допускается в случаях, в порядке и на условиях, определенных законом или в установленном им порядке. По соглашению Сторон в Договоре страхования обязательства Сторон могут быть установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу соответствующей валюты, установленному Центральным банком Российской Федерации на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены настоящими Правилами страхования и (или) соглашением Сторон.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Объектами страхования являются:
- 2.1.1. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.1.2 Правил страхования: не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с наступлением предусмотренного п. 3.1.2 Правил события (подп. 1 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – страхование жизни);
- 2.1.2. в отношении страхового риска, предусмотренного п. 3.1.1 Правил страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (подп. 5 п. 1 ст. 32.9. Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации») (также по тексту Правил страхования – медицинское страхование).
- 2.2. В договоре страхования может быть предусмотрена комбинация объектов страхования, относящихся к страхованию жизни и к медицинскому страхованию (комбинированное страхование).

## 3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, СТРАХОВЫЕ РИСКИ

- 3.1. В соответствии с настоящими Правилами Договор страхования может быть заключен с ответственностью по следующим страховым рискам (предполагаемым событиям, на случай наступления которых проводится страхование):
- 3.1.1 Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных **программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа, Программа ДМС)** Застрахованного лица, в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой ДМС, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, и/или (если применимо к Договору страхования в зависимости от Программы) для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, если такое обращение Застрахованного лица влечет возникновение обязательства Страховщика по оплате медицинских/иных услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 Правил страхования) (**также именуется «Обращение по программе ДМС»**), которая может содержать в себе одну, несколько Программ или все Программы из числа следующих (в зависимости от того, какая Программа предусмотрена для Застрахованного лица в Договоре страхования):
- **Программа ДМС №1.1 «Лечение онкологических заболеваний»;**
  - **Программа ДМС №1.2 «Второе медицинское мнение»;**
  - **Программа ДМС №1.3 «Чек-ап»;**
  - **Программа ДМС №1.4 «Лечение критических заболеваний»;**
  - **Программа ДМС №1.5 «Лечение онкологических заболеваний. Расширенная»;**
  - **Программа ДМС №1.6 «Онлайн консультации (Телемедицина)»;**
  - **Программа ДМС №1.7 «Персональная клиника»;**
  - **Программа ДМС №1.8 «Генетическое тестирование».**
- 3.1.2. **Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания** (как оно определено настоящими Правилами) у Застрахованного лица (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 Правил страхования) (**также именуется «СОЗ»**).
- 3.2. Страховыми случаями являются совершившиеся события, соответствующие указанным в п.п. 3.1.1, 3.1.2 Правил страхования страховым рискам, за исключением событий, перечисленных в разделе 4 Правил страхования.
- 3.3. Перечень страховых программ/страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, определяется Страховым полисом.

## 4. ПЕРЕЧЕНЬ ИСКЛЮЧЕНИЙ

- 4.1. Не являются страховыми случаями события, наступившие:
- 4.1.1. В результате заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования, или несчастного случая, произошедшего с Застрахованным лицом до даты заключения Договора страхования, за исключением случаев, когда Страховщик был уведомлен о наличии таких заболеваний / несчастного случая при заключении Договора страхования;
- 4.1.2. В результате и/или во время участия Застрахованного лица в столкновениях (иных приравняемых к ним событиях), нарушениях общественного порядка, в совершении террористического акта;
- 4.1.3. В результате отравления алкоголем, наркотическими, психотропными веществами и лекарствами, не предписанными врачом (или по предписанию врача, но с превышением указанной им дозировки);
- 4.1.4. В результате и/или во время управления Застрахованным лицом транспортным средством без права на управление, либо когда Застрахованное лицо передало управление лицу, не имевшему права на управление транспортным средством, либо находившемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

- 4.1.5. Во время пребывания в местах лишения свободы;
- 4.1.6. В результате и/или во время непосредственного участия Застрахованного лица в военных учениях, испытаниях военной техники в качестве военнослужащего либо гражданского служащего;
- 4.1.7. Вследствие полета Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;
- 4.1.8. В результате и/или во время занятия Застрахованным лицом любым видом спорта на профессиональном уровне, включая соревнования, тренировки и сборы, а также занятия следующими видами спорта / увлечениями (вне зависимости от уровня): авто/мотоспорт (включая любые соревнования на скорость), воздушные виды спорта (включая прыжки с парашютом, прыжки с канатом), альпинизм, скалолазание, спелеотуризм, контактные и боевые единоборства, стрельба, подводное плавание, конный спорт, рафтинг, катание на водных мотоциклах, катание на моторном катере, гребля на байдарках, каноэ, каяке;
- 4.1.9. В результате пластических операций или косметического лечения, а также их последствий;
- 4.1.10. Вследствие обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, если при этом не была надлежащим образом исполнена обязанность, предусмотренная п. 6.3. настоящих Правил страхования;
- 4.1.11. До истечения периода ожидания, установленного Договором;
- 4.2. По страховому риску, указанному в п. 3.1.1 Правил, не являются страховыми случаями события, указанные в качестве исключений в Программе ДМС.
- 4.3. По соглашению Сторон Договором страхования и/или Программой ДМС может быть предусмотрен перечень исключений, отличающийся от указанного в Правилах (в т.ч. от указанного в Приложениях к Правилам), и Стороны могут предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и(или) сократить данный перечень, и (или) дополнить его иными положениями.
- 4.4. События, предусмотренные п.п. 4.1 – 4.3 Правил, не являются страховыми случаями (исключения из страхового покрытия) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату.

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

- 5.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем и указывается в Договоре страхования (Страховом полисе).
- 5.2. Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску и/или в виде единой суммы по определенным страховым рискам. Если иное не предусмотрено Договором страхования и/или настоящими Правилами страхования, страховые суммы являются постоянными в течение всего срока действия Договора страхования.
- 5.3. Страховые суммы указываются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте или одновременно в рублях РФ и в иностранной валюте.  
При установлении страховой суммы (в т.ч. частично) в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, сумма в рублях устанавливается по официальному курсу Центрального банка РФ на дату заключения договора страхования, если Договором страхования не определены иной курс и (или) иная дата его установления.
- 5.4. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.
- 5.5. Страховая премия оплачивается одновременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и в сроки, установленные Договором страхования.
- 5.6. Если Стороны не согласуют изменения, касающиеся порядка, размера и/или сроков оплаты страховой премии, при неоплате страховой премии или первого страхового взноса (при оплате в рассрочку) в полном объеме и в установленный срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются, а уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.  
При этом, если оплата производилась в рублях РФ:
  - 5.6.1. возврат денежных средств производится в рублях РФ;
  - 5.6.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем денежная сумма в рублях РФ.
- 5.7. Если иное не установлено Договором страхования, в случае, если оплата очередного взноса просрочена, Страхователю предоставляется льготный период продолжительностью 60 (шестьдесят) календарных дней (при ежегодной рассрочке), продолжительностью 30 (тридцать) календарных дней (при остальной рассрочке); льготный период исчисляется с даты, установленной для оплаты очередного взноса, внесение которого просрочено.  
Если до истечения льготного периода (если предусмотрен) или в срок, установленный Договором страхования для оплаты очередного взноса (если льготный период не предусмотрен) очередной страховой взнос не будет оплачен в размере, установленном согласно условиям Договора страхования и Правил страхования, Договор страхования (права и обязанности сторон, установленные Договором страхования), прекращается в 23 часа 59 минут последнего дня действия льготного периода (если предусмотрен) или, если льготный период не предусмотрен, с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, установленной для оплаты очередного страхового взноса, который не был оплачен в установленный Договором страхования срок в размере, установленном согласно условиям Договора страхования и Правил страхования.

Договором страхования могут быть установлены последствия неуплаты очередного страхового взноса в сроки и в размере, установленные Договором страхования, отличные от указанных в настоящем пункте Правил.

- 5.8. При наступлении страхового случая Страховщик при определении размера подлежащей выплате суммы вправе зачесть сумму просроченного(-ых) страхового(-ых) взноса(-ов).

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

- 6.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования, составленный на бумажном носителе, скрепляется собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи Страхователя/уполномоченного лица Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение; при этом договор страхования составляется в двух экземплярах. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписывается в соответствии с требованиями действующего законодательства;
- 6.1.2. путем вручения Страховщиком Страхователю Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования/оплатой страховой премии (первого страхового взноса). Принятием является получение Страхователем от Страховщика Страхового полиса и Правил страхования. Подписание Страхового полиса Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием договора страхования со стороны Страховщика;
- 6.1.3. путем направления Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного заявления Страхователя Страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции), составленного в виде электронного документа и подписанного Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.2. Для заключения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены:
- 6.2.1. Письменное Заявление по установленной Страховщиком форме (с приложениями и дополнениями к нему, если предусмотрены, и если Договор страхования заключается на основании письменного заявления);
- 6.2.2. Сведения и/или документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя), а также их представителей (персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения и др.; документы, удостоверяющие личность, для физических лиц; документы о государственной регистрации; выписка из Единого государственного реестра юридических лиц, отражающая все изменения (при этом, Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки) и учредительные документы для юридических лиц; выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, отражающая все изменения (при этом Страховщик вправе установить допустимый максимальный срок, прошедший с момента выдачи выписки, и др.);
- 6.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения / протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.
- 6.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).
- 6.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).
- 6.2.6. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе.
- 6.2.7. Документы, подтверждающие наличие всех необходимых одобрений на заключение Договора страхования (например, если Договор страхования представляет собой крупную сделку или сделку с заинтересованностью, подлежащую одобрению в соответствии с законодательством Российской Федерации, учредительными документами юридического лица).
- 6.2.8. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя или Свидетельство о внесении в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года (в зависимости от того, что применимо).
- 6.2.9. Сведения и/или документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные п. 6.3 настоящих Правил (если применимо);
- 6.2.10. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.);
- 6.2.11. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные;
- 6.2.12. Сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в т. ч. нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).
- 6.2.13. Сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости)

- 6.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страховых рисков и может при этом:
- 6.3.1. запросить следующие сведения в отношении Застрахованного лица:
- а) возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;
  - б) сведения о диспансерном учете;
  - в) сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах / госпитализации) / сведения, связанные с беременностью (для женщин));
  - г) сведения о наличии / отсутствии ограничений в трудоспособности (в т. ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении нахождение медико-социальной экспертизы);
  - д) сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т.ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));
  - е) сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);
  - ж) сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств), справка о доходах физического лица по форме 2-НДФЛ, налоговая декларация по налогу на доходы физических лиц по форме 3-НДФЛ);
  - з) сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
  - и) сведения о месте жительства / временного или постоянного пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);
  - к) сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);
  - л) сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
  - м) сведения об иждивенцах;
  - н) сведения о предпринимательской деятельности (для индивидуальных предпринимателей) (в т.ч. территория ведения деятельности, количество сотрудников и их занятость, годовой оборот, полная прибыль и чистая прибыль);
- 6.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра / обследования потенциального Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья, в т. ч. в учреждении по выбору и за счет Страховщика. При заключении Договора Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). Сообщение Страхователем обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, может производиться, в том числе, путем указания/подтверждения (в том числе путем подписания и/или оплаты) Страхователем сведений в заявлении на страхование, в Договоре страхования и в других документах/формах/в опросниках/декларациях (в т.ч. в электронном виде).
- 6.4. Форма предоставления указанных в п. 6.2 и 6.3 настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 6.2 и 6.3 настоящих Правил перечни сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков, являются исчерпывающими. При этом Страховщик вправе сократить перечень документов и/или сведений или принять взамен иные документы и/или сведения из числа предоставленных потенциальным Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).
- 6.5. Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признание Договора страхования недействительным. Если Страхователем (Застрахованным лицом) указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 6.2 и 6.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос о заключении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов. О необходимости предоставления недостающих сведений / документов Страховщик уведомляет Страхователя.
- 6.6. Подписание Договора страхования Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования со стороны Страховщика. Подписание Страховщиком документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.



- 6.7. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащимся в следующих документах:
- 6.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе);
  - 6.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе), Платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 6.12 настоящих Правил страхования (при наличии);
  - 6.7.3. о Сторонах - в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами страхования.
- При изменении контактных данных Страхователь обязан в течение 30 (тридцати) календарных дней уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления с курьером или посредством почтовой связи; в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением / несвоевременным уведомлением.
- Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- Если иное не установлено законом или Договором страхования, Страховщик вправе направлять Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) сообщения (в т. ч. предусмотренные пп. 12.1.2 Правил страхования) посредством СМС-сообщений / сообщений по электронной почте на номер мобильного телефона / адрес электронной почты, которые указаны Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе в личном кабинете. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить, от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.
- 6.8. Вся информация о текущем состоянии Договора страхования при ее предоставлении Страховщиком может предоставляться в личном кабинете с индивидуальным доступом Страхователя. Изменения в Договоре страхования вносятся в форме и в порядке, предусмотренные настоящими Правилами страхования / Договором страхования (для случаев, когда предусмотрены), законодательством Российской Федерации. Договором страхования может быть установлен обязательный для Страхователя срок предварительного обращения к Страховщику по вопросу внесения изменений в Договор страхования и/или иные положения, уточняющие порядок внесения изменений (например, условие о том, что внесение изменений возможно только в годовщину действия Договора страхования).
- 6.9. Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) внесения изменений в Договор страхования (если установлены), а также оставляет вправе отказать Страхователю в изменении условий страхования.
- 6.10. В период действия Договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика о наступлении обстоятельств, влекущих изменение страхового риска, в письменной форме с приложением сведений и/или документов согласно п. 6.2, 6.3 настоящих Правил страхования, а Страховщик вправе при этом руководствоваться п. 6.4 Правил.
- Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- Размер увеличения степени риска определяется Страховщиком.
- К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятиях спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.); сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий.
- Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 6.11. Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе заключения и исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из Платежного поручения и/или информации, предоставленной Страхователем (в том числе для заключения Договора страхования), в своей базе данных. При этом Страховщик вправе формировать на основании базы данных документы (выгрузки, выписки, отчеты и т.д.), которые будут обладать той же юридической силой в части установления условий страхования, что и первоисточники.
- 6.12. В случае утери Страхового полиса Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает его дубликат, после чего утраченный Страховой полис считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.
- 6.13. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность создания и отправки Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) Страховщику информации в электронной форме (в т. ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения и/или досрочного прекращения договора страхования и/или страховой выплаты) и связанных с ними документов / сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в

электронной форме (в т.ч. случаи и порядок создания и направления указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства / с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 7.1. Срок действия Договора страхования определяется по соглашению Сторон и указывается в Договоре страхования.
- 7.2. Договор страхования вступает в силу и становится обязательным для Сторон с даты, определенной в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в размере и сроки, установленные Договором страхования, если иной момент вступления в силу не установлен договором страхования.
- 7.3. Если соглашением Сторон не предусмотрено иное, срок действия договора страхования начинается исчисляться с 00 часов 00 минут даты вступления договора страхования в силу и оканчивается в 23 часа 59 минут 59 секунд последнего дня его действия.
- 7.4. Даты и время начала и окончания срока страхования совпадают с датами и временем начала и окончания действия Договора страхования соответственно, кроме случаев, когда Договором страхования предусмотрены иные сроки начала и (или) окончания срока страхования (в том числе для отдельных страховых рисков). В случаях, когда Договором страхования предусмотрены иные сроки начала и (или) окончания срока страхования, срок страхования исчисляется следующим образом: с 00 часов 00 минут дня начала срока страхования до 23 часов 59 минут 59 секунд дня окончания срока страхования. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой прекращение срока страхования.

## **8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 8.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:
  - 8.1.1. При выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме (как это предусмотрено настоящими Правилами страхования и/или договором страхования и/или законодательством Российской Федерации).
  - 8.1.2. При одностороннем отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение периода охлаждения. При этом дата прекращения Договора страхования определяется в соответствии с п. 8.8 настоящих Правил.
  - 8.1.3. При одностороннем отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования после истечения периода охлаждения. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком как дата, указанная в заявлении Страхователя, но не может быть ранее получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 8.4. Правил страхования, и позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком заявления и документов, предусмотренных п. 8.6. Правил страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.
  - 8.1.4. При одностороннем отказе Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя от Договора страхования. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком как дата, указанная в заявлении Страхователя, но не может быть ранее получения Страховщиком документов, предусмотренных п. 8.4. Правил страхования, и позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком заявления и документов, предусмотренных п. 8.6. Правил страхования, если иной момент прекращения не предусмотрен Договором страхования.
  - 8.1.5. В случаях и в соответствии с условиями, предусмотренными п. 5.7 Правил страхования.
  - 8.1.6. В случае расторжения Договора страхования согласно п. 6.10 настоящих Правил страхования.
  - 8.1.7. При одностороннем отказе Страховщика от Договора страхования в соответствии с пп. 12.2.8 настоящих Правил страхования. При этом, если Договором страхования не предусмотрено иное, Договор страхования прекращается на 30 (тридцатый) календарный день после направления Страховщиком письменного заявления Страхователю об отказе от Договора страхования (последний день действия Договора страхования).
  - 8.1.8. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в том числе в случае смерти Застрахованного лица, не являющейся страховым случаем.
  - 8.1.9. По соглашению Сторон.
  - 8.1.10. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
- 8.2. При одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования до его вступления в силу Договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не осуществляются. При этом уплаченные денежные средства (при наличии) подлежат возврату Страхователю на основании его письменного обращения (с указанием всех необходимых для перечисления реквизитов) и, если иное не установлено законодательством Российской Федерации, с предоставлением иных документов, указанных в п. 8.4 Правил, в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения

Страхователя с приложением документов, указанных в п. 8.4 Правил. При этом, если оплата производилась в рублях:

8.2.1. Возврат денежных средств производится в рублях РФ;

8.2.2. Если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях РФ.

- 8.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при досрочном прекращении договора страхования возврат уплаченной страховой премии (части страховой премии) не производится.
- 8.4. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы:
- 8.4.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- 8.4.2. Документ, удостоверяющий личность заявителя (в т. ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);
- 8.4.3. Справка о подтверждении неполучения социального налогового вычета либо подтверждении факта получения суммы предоставленного социального налогового вычета, предусмотренного подпунктом 4 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса Российской Федерации;
- 8.4.4. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей).
- 8.4.5. В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному пп. 8.1.8 настоящих Правил, Страховщику подлежат предоставлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.
- 8.5. Истечение срока действия Договора страхования не прекращает возникшие из Договора обязательства Сторон. Договор действует до исполнения обязательств Сторон в полном объеме.
- 8.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования/Программой ДМС, по программам ДМС «Лечение онкологических заболеваний», «Лечение критических заболеваний», «Лечение онкологических заболеваний. Расширенная» в случае истечения срока действия Договора страхования при незавершенном медицинском лечении расходы на лечение в стационаре подлежат оплате Страховщиком с лимитом на лечение, которое было проведено и счет за которое был выставлен в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента истечения срока действия Договора страхования. Если обращение по страховому случаю было подано и утверждено Страховщиком в течение срока действия Договора страхования, Страховщик несет обязательства по оплате лечения на срок не более 30 (тридцати) последовательных календарных дней после истечения срока действия Договора страхования.
- 8.7. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения Договора страхования, отличные от указанных в настоящих Правилах.
- 8.8. Страхователь, являющийся физическим лицом, вправе отказаться от Договора страхования в течение периода охлаждения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, путем предоставления Страховщику письменного заявления об отказе от Договора страхования. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченные денежные средства подлежат возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение периода охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченных денежных средств Страхователю вправе удержать их часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон (если установлена), но не позднее срока, определенного нормативным актом Российской Федерации (если определен). Страховщик осуществляет возврат Страхователю денежных средств по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, содержащего всю необходимую для расторжения Договора страхования и возврата денежных средств информацию, и документов, идентифицирующих заявителя и подтверждающих право на получение денежных средств (из числа указанных п. 8.4 настоящих Правил, - в зависимости от того, какие документы применимы). При возврате денежных средств в полном объеме, если оплата производилась в рублях, возврат денежных средств производится в рублях РФ, а если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях РФ.

## **9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

- 9.1. При установлении и наличии документального подтверждения факта наступления страхового случая, а также при отсутствии основания отказа в страховой выплате, Страховщик производит страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования. Страховые выплаты осуществляются в соответствии с условиями настоящих Правил страхования и Договора страхования, с учетом лимитов ответственности, установленных в настоящих Правилах и/или в Договоре страхования. Договором страхования могут быть установлены размеры страховых выплат, отличные от указанных в настоящих Правилах.

- 9.2. При наступлении страхового случая по страховому риску «СОЗ» страховая выплата осуществляется единовременно в размере 100% (ста процентов) страховой суммы, установленной для данного риска. Указанный размер страховой выплаты является лимитом ответственности (лимитом страхового обязательства) по страховому риску «СОЗ»
- 9.3. При наступлении страхового случая по страховому риску «Обращение по программе ДМС» Страховщик в счет страховой выплаты организует оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. Программы ДМС, предусмотренного Договором страхования для Застрахованного лица).  
При этом:
- 9.3.1. Организация оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисных компаний и/или медицинских организаций. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг, организуемых и оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и Программ(-ы) ДМС, непосредственно сервисным компаниям/медицинским организациям, организовывающим/оказывающим такие услуги.
- 9.3.2. Страховщик принимает решение об оплате медицинским организациям и сервисным компаниям организуемых и оказываемых медицинских и иных услуг и производит оплату в сроки и порядке, предусмотренные в договорах, заключенных с сервисными и/или медицинскими организациями, привлекаемыми Страховщиком для организации и оказания медицинских и иных услуг Застрахованному лицу.  
Медицинские и иные услуги, предусмотренные Программами(-ой) ДМС, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании/медицинской организации, привлеченной(ых) Страховщиком для оказания таких услуг. При этом Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям договора страхования и качество таких услуг.
- 9.3.3. Размер страховой выплаты определяется стоимостью организации медицинских и иных услуг/стоимостью медицинских и иных услуг (в зависимости от того, что применимо), оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования и Программ(-ы) ДМС, и не может превышать страховой суммы, установленной Договором страхования для страхового риска «Обращение по программе ДМС» и иных лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), устанавливаемых Договором страхования и/или Программами(-ой) ДМС.
- 9.3.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных договором страхования, а также их оплату:
- 9.3.4.1. до окончания срока действия Договора страхования (до даты досрочного прекращения Договора страхования, в случае его досрочного прекращения) – во всех случаях кроме, указанных в п. 9.3.4.2 настоящих Правил страхования;
- 9.3.4.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими услугами и иными услугами в медицинские организации или сервисные компании из числа предусмотренных Договором страхования и/или согласованных со Страховщиком, произошло в течение срока действия Договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате определенных медицинских услуг и иных услуг в соответствии с условиями настоящих Правил, но на дату окончания срока действия Договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были (с учетом условий, указанных в п. 8.6 Правил страхования).
- 9.4. Страховая выплата (ее часть), установленная в иностранной валюте, подлежащая уплате в рублях, определяется по курсу Центрального банка РФ на дату принятия Страховщиком решения о выплате.

## **10. ОСНОВАНИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

- 10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховым случаем является наступление вследствие:
- 10.1.1 Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица.
- 10.1.2 Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 10.1.3 Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- 10.1.4 Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.
- 10.2. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:
- 10.2.1. Произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен договор страхования (например, отнесено к исключениям из страхования или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования/Приложениях к Правилам страхования/ Программе ДМС/Договоре страхования).
- 10.2.2. Событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску).
- 10.2.3. Достигнут лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита.
- 10.2.4. Событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по договору страхования, или событие произошло по страховому риску, который не предусмотрен в отношении Застрахованного лица. В том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом договора страхования и / или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг.

- 10.2.5. При поступлении обращения за оказанием медицинских или иных услуг, не предусмотренных в Программе ДМС.
- 10.2.6. По иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т. ч. если Страховщик освобожден от страховой выплаты).

## **11. ДОКУМЕНТЫ И СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

- 11.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Заявитель (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен известить об этом Страховщика при первой возможности, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента, когда Заявителю (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.
- 11.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Заявитель должен предоставить следующие документы:
- 11.2.1. Страховой полис (Договор страхования);
- 11.2.2. Заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена), подписанное надлежащим образом;
- 11.2.3. Документ, удостоверяющий личность Заявителя и получателя выплаты (если отличается от Заявителя);
- 11.2.4. Если применимо, документы, подтверждающие право на получение страховой выплаты (например, документ, подтверждающий изменение персональных данных, идентифицирующих личность, такой как: паспорт, свидетельство о заключении брака, о смене фамилии);
- 11.2.5. Надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);
- 11.2.6. Документы, требование о предоставлении которых обусловлено выполнением Страховщиком при осуществлении страховой выплаты законодательства Российской Федерации (в т. ч. налогового законодательства, нормативных правовых актов в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма).
- 11.3. Дополнительно к указанному в п. 11.2. настоящих Правил по страховому риску «СОЗ» предоставляются:
- 11.3.1. Медицинские документы, выданные лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информацией, позволяющей сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписной эпикриз, врачебное заключение и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица. При этом Страховщик вправе ограничить период, за который предоставляются документы из медицинских организаций.
- 11.4. По страховому риску «Обращение по программе ДМС» Заявитель должен в кратчайшие сроки обратиться в Страховую компанию или (если предусмотрено Программой ДМС) в Сервисную компанию с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, как это определено в Программе ДМС, с последующим предоставлением документов, которые запросит Страховщик/Сервисная компания.
- Дополнительно к указанному в п. 11.2. Правил страхования Страховщик/Сервисная компания вправе запросить оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов:
- 11.4.1. Согласие Застрахованного лица на обработку его персональных данных (включая, все действия, перечисленные в ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон)), в целях надлежащего исполнения Договора страхования, организации оказания услуг в отношении Страховщика, Сервисной компании, их уполномоченных представителей, а также третьих лиц, оказывающих услуги в связи с диагностированным заболеванием Застрахованного лица.
- 11.4.2. Согласие Застрахованного лица в соответствии с п. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» любому лечебному учреждению и/или врачу предоставлять Сервисной компании по Договору страхования любые сведения, связанные с ним и составляющие врачебную тайну (любые медицинские документы и/или их заверенные копии, результаты лабораторных и инструментальных исследований, результаты лечения, прогноз по заболеванию и т.д.), как в связи с оценкой степени страхового риска, так и в связи с событиями, имеющими признаки страхового случая.
- 11.4.3. Копия полиса Обязательного медицинского страхования.
- 11.4.4. Копия СНИЛС.
- 11.4.5. Медицинский документ (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного, выписной эпикриз), заверенный печатью выдавшего учреждения и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, послужившего причиной обращения за медицинской помощью в рамках настоящих Правил страхования, сроков лечения, результатов обследования и другой сопутствующей информации.
- 11.4.6. Результаты и заключения инструментальных, лабораторных методов диагностики / исследований, в т.ч.: гистологических или цитологических (в случае системных онкологических заболеваний); радиологических визуализирующих исследований; данные магнитно-резонансной томографии, результаты коронарной ангиографии.
- 11.4.7. Выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного лица заболеваниях за последние 5 лет.

- 11.4.8. Медицинский документ из онкологического диспансера по месту жительства о наличии и дате (датах) обращений либо об отсутствии обращений, а также Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом (форма 090/У).
- 11.4.9. Заключение врача – специалиста в предметной области с указанием полного клинического диагноза, показаний к лечению, подтверждающее необходимость назначенного лечения, а также выбранный план лечения.
- 11.5. Страховщик принимает решение по страховому риску «СОЗ» о страховой выплате (в случае признания произошедшего события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате), и осуществляет страховую выплату в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения последнего из всех необходимых (в том числе запрошенных Страховщиком дополнительно) документов.
- 11.6. В случае принятия решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов (в т.ч. запрошенных Страховщиком дополнительно) направляет Выгодоприобретателю письмо с обоснованием отказа.
- 11.7. Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, документы, перечисленные выше в п. 11.2 – 11.4, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом / учреждением / организацией, которые выдали документ и/или располагают его подлинником.

При этом на Заявителя (Страхователя, Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить почтовый перевод документов, составленных на иностранном языке, оформленный на отдельном листе, а также совершить все необходимые действия по удостоверению соответствующим образом документов, составленных за пределами территории Российской Федерации (легализация документа или проставление апостиля). В случаях, когда согласно законодательству Российской Федерации и/или международным договорам Российской Федерации, легализация или проставление апостиля не требуется, Страховщик вправе потребовать предоставления нотариально удостоверенного перевода документа.

- 11.8. Решение о признании или непризнании события, имеющего признаки страхового случая, страховым случаем Страховщик принимает, руководствуясь положениями Правил страхования, Договора страхования и действующим законодательством Российской Федерации, на основании предоставленных и самостоятельно полученных документов.
- 11.9. Страховщик вправе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в т. ч. основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов). Результаты указанных в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком, могут оформляться в виде акта или иного документа (в т. ч. в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик (Сервисная компания) вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в п. 11.2 – 11.4 настоящих Правил страхования перечень документов, а также принять иные документы (в т. ч. в иной форме по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.
- 11.10. Указанный в п. 11.2 – 11.4 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.
- 11.11. При непредоставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне или если такие документы не содержат достаточную для принятия решения Страховщиком информацию Страховщик (Сервисная компания) вправе в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения неполных материалов запросить недостающие документы и сведения. При этом Страховщик вправе отсрочить принятие решения о признании или непризнании заявленного события страховым случаем до получения последнего из всех необходимых документов, содержащих достаточную для принятия Страховщиком решения информацию.

## **12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 12.1. Страховщик обязан:
- 12.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования и вручить их Страхователю до заключения Договора страхования;
- 12.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии). При этом, информация предоставляется в следующем порядке: на основании письменного запроса Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения запроса (если меньший срок не установлен законодательством Российской Федерации), используя способы взаимодействия, которые установлены договором страхования;
- 12.1.3. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные Правилами страхования и/или Договором страхования (если договором установлены дополнительные и/или иные условия о порядке и/или сроках выплаты);
- 12.1.4. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

- 12.2. Страховщик имеет право:
- 12.2.1. Перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованных (-ого) лиц (-а) сведения и(или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и(или) оценки страхового риска (в том числе медицинского характера), а также потребовать прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/ обследования с целью оценки фактического состояния его здоровья;
  - 12.2.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации;
  - 12.2.3. Требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения страховой премии (страховых взносов) или снижения страховой суммы, если в течение срока действия Договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой увеличение страхового риска, а в случае неисполнения Страхователем (Выгодоприобретателем) обязанности сообщить о возникновении вышеуказанных обстоятельств или отказа Страхователя (Выгодоприобретателя) от внесения вышеуказанных изменений в Договор страхования требовать расторжения Договора страхования;
  - 12.2.4. Взимать дополнительную страховую премию (страховые взносы) за изменения, вносимые в условия Договора страхования в соответствии с установленными Страховщиком тарифами;
  - 12.2.5. Отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем в соответствии с п. 11.11 настоящих Правил страхования;
  - 12.2.6. Проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования;
  - 12.2.7. Отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами;
  - 12.2.8. Отказаться в любой момент в одностороннем порядке в полном объеме от исполнения Договора страхования, заключенного с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем в случае нарушения Страхователем положения (-ий) настоящих Правил страхования и (или) Договора страхования;
  - 12.2.9. Осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.
- 12.3. Страхователь обязан:
- 12.3.1. Уплачивать страховую премию в порядке, размере и сроки, определенные Договором страхования;
  - 12.3.2. При заключении Договора страхования предоставить сведения и (или) документы, необходимые для заключения Договора страхования и (или) оценки страхового риска (в том числе, медицинского характера);
  - 12.3.3. Не позднее 30 (тридцати) календарных дней сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на увеличение страхового риска. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения. Сведения, предоставленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
  - 12.3.4. Уведомлять Страховщика об обстоятельствах, влекущих изменение страхового риска, в соответствии с п. 6.11 настоящих Правил страхования в письменной форме в срок не позднее 2 (двух) рабочих дней с момента, когда Страхователь узнал о произошедших изменениях. При этом Стороны могут согласовать иные сроки уведомления.
  - 12.3.5. Получить согласие Застрахованного лица на назначение Выгодоприобретателей;
  - 12.3.6. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, известить об этом Страховщика в установленные настоящими Правилами страхования сроки;
  - 12.3.7. Ознакомиться Застрахованное лицо с его правами и обязанностями по Договору страхования.
- 12.4. Страхователь имеет право:
- 12.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки;
  - 12.4.2. Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии);
  - 12.4.3. Получить дубликат Страхового полиса в случае его утраты;
  - 12.4.4. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения Договора страхования путем письменного уведомления об этом Страховщика;
  - 12.4.5. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 12.5. Помимо указанного в настоящем разделе Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования, и (или) Договором страхования, и (или) действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.5.1. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

### **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 13.1. Все споры по договору страхования, за исключением споров с гражданами, являющимися потребителями финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее Федеральный закон № 123-ФЗ), а также с лицами, к которым перешли права требования потребителя финансовых услуг, до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке, указанном в настоящем пункте. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и (или) электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня ее получения. Иск может быть предъявлен в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии.

- 13.2. При наличии разногласий по Договору страхования между гражданами, являющимися потребителями финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом № 123-ФЗ, а также лицами, к которым перешли права требования потребителя финансовых услуг, и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования, - споры разрешаются в порядке, установленном Федеральным законом № 123-ФЗ и действующим законодательством Российской Федерации, который предусматривает, в том числе, что при имущественных требованиях до 500 000 рублей до обращения в суд необходимо обратиться к финансовому уполномоченному, при этом до обращения к финансовому уполномоченному обязательно предъявление претензии в страховую компанию (если иное не будет установлено законодательством Российской Федерации).

#### **14. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ. ТАЙНА СТРАХОВАНИЯ**

- 14.1. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице, Выгодоприобретателе), состоянии их здоровья, а также об имущественном положении этих лиц (тайна страхования).
- 14.2. Страховщик является оператором, осуществляющим обработку персональных данных. При обработке персональных данных Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), являющихся физическими лицами (далее – персональные данные), Страховщик должен руководствоваться законодательством Российской Федерации в области персональных данных.
- 14.3. Страхователь в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» фактом заключения Договора страхования предоставляет Страховщику согласие на обработку персональных данных, которое является неотъемлемой частью Договора страхования.  
Страхователь фактом заключения Договора страхования подтверждает, что ознакомлен с полномочиями лиц, действующих от имени Страховщика и выражает свое согласие Страховщику и уполномоченным лицам на обработку своих персональных данных, как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»: Сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;  
Передачу персональных данных третьим лицам, оказывающим услуги Страховщику в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования
- 14.3.1. В целях: Исполнения Договора страхования Страховщиком, а также третьими лицами, оказывающим услуги Страховщику, в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования); предоставления информации организациям, уполномоченным (в силу закона, Договора или любым иным образом) на проведение проверок и/или анализа деятельности Страховщика, а также на осуществление иных форм контроля за деятельностью Страховщика, для целей осуществления ими указанных действий; Включения персональных данных в информационную систему персональных данных (в базу данных Страховщика) для информирования о новинках страховых продуктов, продвижения страховых услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;
- 14.3.2. В составе перечня персональных данных: Данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, водительского удостоверения, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных Страхователем при заключении Договора в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование.
- 14.4. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» для исполнения Договора, стороной которого либо Выгодоприобретателем является субъект персональных данных, а также для заключения Договора по инициативе субъекта персональных данных, согласие субъекта персональных данных не требуется.  
Согласие действует со дня его подписания и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия Договора страхования, если иное не указано в Договоре страхования или заявлении на страхование. Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления по адресу, указанному в заключенном Договоре.



## Программа добровольного медицинского страхования <sup>1</sup>

### Программа добровольного медицинского страхования №1.1. «Лечение онкологических заболеваний»

#### 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Согласие Вита») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.
- 1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Лечение онкологических заболеваний», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг).

#### 2. Определения. Объем услуг

- 2.1. **Онкология** – раздел медицины, изучающий доброкачественные и злокачественные опухоли (новообразования), механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы их профилактики, диагностики и лечения.
- 2.2. **Злокачественные новообразования** - любое злокачественное заболевание, характеризующееся бесконтрольным ростом, способностью проникать в окружающие ткани и метастазировать в отдаленные органы. Диагноз должен подтверждаться гистологическими или в случае злокачественных заболеваний системы крови - цитологическими доказательствами.
- 2.3. **Страховое событие.**  
Потребность в лечении злокачественного новообразования, как оно определено в п. 2.2, которое было впервые диагностировано или о котором стало известно Застрахованному впервые в течение периода страхования.
- 2.4. **Исключения из определения:**
  - 2.4.1. Опухоли, которые диагностированы как злокачественные изменения Carcinomainsitu, включая дисплазию шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или опухоли, которые гистологически диагностированы как предраковые.
  - 2.4.2. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002.
  - 2.4.3. Заболевания кожи следующих типов:
    - Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;
    - Плоскоклеточная карцинома, кроме случаев, когда она распространилась на другие органы.
  - 2.4.4. Раковые заболевания на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).
  - 2.4.5. Рак предстательной железы стадии до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 баллов (включая) по шкале Глисона.
  - 2.4.6. Хроническая лимфоцитарная лейкемия (С.L.L).
- 2.5. **В соответствии с настоящей Программой Страховщик оплачивает следующие услуги при наступлении страхового случая:**
  - 2.5.1. Оплата билета эконом-класса для застрахованного лица и одного сопровождающего лица, или, если Застрахованное лицо не достигло 18 лет – на двух сопровождающих в пределах максимальной суммы, указанной в Договоре страхования;
  - 2.5.2. Встреча в аэропорту и перевозка на машине скорой помощи (в случае медицинской необходимости) или на такси до отеля или в медицинское учреждение, где лечение будет выполнено;

<sup>1</sup> Договором страхования могут быть предусмотрены услуги в ином объеме, чем указан в настоящей Программе (в том числе может быть изменен перечень медицинских услуг, перечень врачей, перечень областей медицины, в которых оказываются медицинские услуги); может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в разделе 4 настоящей Программы; могут быть изменены условия и порядок оказания услуг, могут быть предусмотрены иные условия.

- 2.5.3. Проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (для Застрахованного лица в возрасте до 18 лет – двух сопровождающих лиц): проживание в гостинице (3 или 4 звезды) оплачивается, включая завтрак и услуги, включенные в стоимость номера для застрахованного лица и его сопровождающего лица.  
Выбор отеля производится с учетом доступности и близости к медицинскому учреждению или лечащему врачу.
- 2.5.4. Транспортировка в медицинскую организацию: транспортировка Застрахованного лица и сопровождающего на такси из отеля и обратно при необходимости нескольких посещений медицинских организаций во время прохождения обследования.
- 2.5.5. Услуги по репатриации в случае смерти Застрахованного лица во время медицинского лечения в рамках настоящей Программы страхования: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица.
- 2.5.6. Лечение, проводимое по поводу диагностированного заболевания при наступлении страхового случая. Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях:
- осмотры врачами в том числе, врачами-специалистами;
  - диагностические медицинские вмешательства, выполняемые медицинскими организациями по выбору страховщика в том числе лабораторные исследования, визуализирующие исследования, эндоскопические исследования, функциональная диагностика;
  - лечебные медицинские вмешательства в пределах страховой суммы (кроме имплантаций), включающие хирургическое лечение, химиотерапию, лучевую терапию, иные методы лечения, научно обоснованные, и применяемые в рамках оказания медицинской помощи медицинскими организациями по выбору страховщика;
  - трансплантация, выполняемая медицинской организацией по выбору страховщика, имеющей соответствующую лицензию;
  - имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость имплантатов на сумму не более 900 000 (Девятисот тысяч) рублей в год на один страховой случай.
  - лекарственные средства, применяемые при лечении в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и при амбулаторном лечении.

### **3. Порядок оказания услуг**

- 3.1. Застрахованное лицо в целях получения лечения, а также услуг, предусмотренных п. 2.5.1 – 2.5.5, обращается в Страховую компанию.  
Страховая компания имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь Сервисную компанию.
- 3.2. Страховая компания / Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить для формирования и отправки запроса на получение лечения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховой компании / Сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на получение лечения.
- 3.3. Страховая компания после получения от Застрахованного лица всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 Программы, передает Сервисной компании комплект документов и обращение от Застрахованного лица, и Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.5 настоящей Программы.
- 3.4. Сервисная компания направляет запрос на получение второго медицинского мнения выбранному Сервисной компанией с согласования Страховщика врачу-специалисту.
- 3.5. Срок организации лечения Застрахованному лицу составляет 14 (четырнадцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы.

### **4. Исключения из страхования**

- 4.1. В рамках страхования по настоящей Программе не подлежат оплате следующие услуги:
- 4.1.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, или медицинские услуги, не указанные в Разделе 2 настоящей Программы Страхования.
- 4.1.2. Услуги, необходимость оказания которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении в медицинских организациях.
- 4.1.3. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой;
- 4.1.4. Психириургия;
- 4.1.5. Лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;
- 4.1.6. Лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника.

- 4.1.7. Хирургические операции по трансплантации органов или любого вида трансплантации костного мозга в следующих случаях:
- если трансплантация таких органов и (или) их долей не предусмотрена настоящей Программой
  - если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени;
  - если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя), за исключением трансплантации костного мозга;
  - если при трансплантации органов Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;
  - если трансплантация органов, которая включает в себя лечение стволовыми клетками (кроме трансплантации костного мозга);
- 4.1.8. Медицинские и иные услуги, 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 операциями, направленными на уменьшение объема желудка или кишечника, кроме операции по реконструкции груди после резекции / удаления молочной железы, проведенной в рамках Программы страхования и в соответствии с ее условиями;
- 4.1.9. Услуги, выполняемые по поводу всех форм поражений сердечных клапанов в результате эндокардита, вызванного венерическими заболеваниями (инфекциями, передающимися преимущественно половым путем);
- 4.1.10. Услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития.
- 4.1.11. Не признается страховым случаем также обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг:
- не назначенных застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;
  - в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
  - в связи с злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);
  - в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;
  - в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства;
  - в связи с причинением себе телесных повреждений, а также покушения на самоубийство, связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения;
  - связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации;
  - в связи со службой Застрахованного лица в различных вооруженных силах, в том числе, но не ограничиваясь: службы в армии, полиции, пожарной бригаде, тюремных службах.
  - в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному до даты начала действия страхования., если лечение, предусмотренное настоящей Программой, было рекомендовано или запланировано до момента заключения договора страхования;
  - в связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных в Программе страхования или выбор которых не был согласован со Страховщиком.

## Программа добровольного медицинского страхования №1.2. «Второе медицинское мнение»

### 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Согласие Вита») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Второе медицинское мнение» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.
- 1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе медицинское мнение», в соответствии с условиями, в порядке и в объеме, которые предусмотрены Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся по всему миру (территория оказания услуг).

### 2. Определения. Объем услуг

- 2.1. **Второе медицинское мнение** - повторное заключение о состоянии здоровья Застрахованного лица, вынесенное врачом-специалистом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, представленной Застрахованным лицом, в том числе содержащейся в медицинских документах о состоянии здоровья Застрахованного лица (в частности, в истории болезни или иных медицинских документах, содержащих первое медицинское мнение);
- 2.2. **История болезни** – медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях Застрахованного лица, о назначенном и проведенном ему лечении.
- 2.3. **Медицинская информация** – информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболевания (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленных Застрахованным лицом по требованию врача-специалиста, в целях подготовки второго медицинского мнения (в том числе, выписка из истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении).
- 2.4. **Первое медицинское мнение** – первичное заключение о наличии у Застрахованного лица заболевания, вынесенное врачом, практикующим в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющим соответствующую квалификацию в области медицины, в которой было вынесено такое заключение.
- 2.5. Страховщик организует оказание медицинских услуг и иных услуг по получению Застрахованным лицом второго медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица в одной из следующих областей медицины:
  - **Онкология**
  - **Кардиология**
  - **Неврология**
  - **Нефрология**
  - **Ортопедия**

При этом наличие первого медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным условием для получения второго медицинского мнения.

- 2.6. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящей Программы:
  - 2.6.1. Предоставление Застрахованному лицу второго медицинского мнения в порядке, предусмотренном разделе 3 настоящей Программы, при соблюдении следующих условий:
    - 2.6.1.1. Застрахованное лицо имеет право на получение второго медицинского мнения о состоянии здоровья Застрахованного лица в областях медицины, предусмотренных в п. 2.5 Программы 2 (два) раза в год независимо от количества Застрахованных лиц по данной Программе. Каждое обращение Застрахованного лица за получением второго медицинского мнения является отдельным страховым случаем.
    - 2.6.1.2. Второе медицинское мнение выносится врачом, назначенным по выбору Страховщика (Сервисной компании), по итогам рассмотрения и оценки первого медицинского мнения и иной медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленной Застрахованным лицом без обязательного физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом-специалистом.
    - 2.6.1.3. Второе медицинское мнение содержит заключение и/или комментарии врача о состоянии здоровья Застрахованного лица, о правильности установленного диагноза, указанного в первом медицинском мнении, комментарии и/или рекомендации в отношении выбора методов профилактики, диагностики, лечения и

реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения, в соответствии с направленным ему запросом на получение второго медицинского мнения.

2.6.2. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.6.2.1. Услуги по выполнению перевода на иностранный язык предоставленных Застрахованным лицом медицинских документов в целях подготовки запроса на получение второго медицинского мнения и (или) по выполнению перевода на русский язык полученного второго медицинского мнения.

2.6.2.2. Консультационные услуги в связи с заболеванием (состоянием), в отношении которого Застрахованному лицу было представлено второе медицинское мнение в соответствии с настоящей Программой:

- консультирование по выбору профильного медицинского учреждения в России и/или за рубежом;
- консультирование по получению квот на лечение в России, в том числе по порядку получения квот на высокотехнологическую медицинскую помощь;
- консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования.

### **3. Порядок оказания услуг**

2.1. Застрахованное лицо в целях получения второго медицинского мнения, а также услуг, предусмотренных п. 2.6.2, обращается в Сервисную компанию.

Сервисная компания имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь Страховщика.

2.2. Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том, какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) он должен представить для формирования и отправки запроса на получение второго медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на получение второго медицинского мнения.

2.3. После получения от Застрахованного лица всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 Программы, Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.6 настоящей Программы.

2.4. Сервисная компания направляет запрос на получение второго медицинского мнения выбранному Сервисной компанией с согласования Страховщика врачу-специалисту.

2.5. Срок предоставления второго медицинского мнения Застрахованному лицу составляет:

2.5.1. 14 (четырнадцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы, кроме, случаев, указанных в п. 3.5.2 настоящей Программы.

2.5.2. 30 (тридцать) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей или проведения дополнительных консультаций для составления экспертного медицинского мнения.

### **4. Исключения из страхования**

4.1. Не признается страховым случаем и следовательно Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

- обращение Застрахованного лица для организации оказания медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;
- обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;
- обращение Застрахованного лица за организацией услуг, предусмотренных настоящей Программой, если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение);
- связанное с заболеваниями, имевшимися у Застрахованного лица до даты заключения Договора страхования.

## Программа добровольного медицинского страхования №1.3. «Чек-ап»

### 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Согласие Вита») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Чек-ап» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.
- 1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап», в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в размере, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (при наличии).
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг).

### 2. Определения. Объем услуг

- 2.1. **Чек-ап** - это комплексное медицинское обследование организма.
- 2.2. **ЛПУ** - лечебно-профилактическое и иное медицинское учреждение, осуществляющее медицинскую деятельность.
- 2.3. В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят услуги, в отношении которых соблюдаются следующие условия:
  - возможность отказаться от оказания согласованных услуг, указанных в п.2.4 настоящей Программы, не менее чем за 24 часа до начала оказания услуг. В этом случае Сервисная компания организует оказание Застрахованному лицу услуг, из числа указанных в п. 2.4 настоящей Программы, в иной, согласованный с Застрахованным лицом срок;
  - услуги из числа указанных в п. 2.4 настоящей Программы, в отношении которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее 24 часов до начала оказания услуг, не входят в объем предоставляемых по настоящей Программе и не организуются Сервисной компанией. При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которое было назначено Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг, из числа предусмотренных в п. 2.4 настоящей Программы, в медицинской организации (ЛПУ), привлеченной Сервисной компанией.
- 2.4. Услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:
  - 2.4.1. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

Для мужчин	Для женщин
Осмотр у врача терапевта – диагностический, первичный / повторный по результатам анализов	Осмотр у врача терапевта – диагностический, первичный / повторный по результатам анализов
Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой	Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой
Общий анализ мочи (химический с микроскопией осадка)	Общий анализ мочи (химический с микроскопией осадка)
Общий холестерин, ЛПВП, глюкоза, гликозилированный гемоглобин, ГГТП, АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин, триглицериды, мочевая кислота, мочевины, общий белок, щелочная фосфатаза	Общий холестерин, ЛПВП, глюкоза, гликозилированный гемоглобин, ГГТП, АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин, триглицериды, мочевая кислота, мочевины, общий белок, щелочная фосфатаза
Электрокардиограмма в состоянии покоя 12 отведений	Электрокардиограмма в состоянии покоя 12 отведений

Велоэргометрическое исследование или тредмил тест	Велоэргометрическое исследование или тредмил тест
Рентгенография грудной клетки в прямой проекции	Рентгенография грудной клетки в прямой проекции
HBsAg (определение поверхностного антигена)	HBsAg (определение поверхностного антигена)
Anti-HCV (суммарные антитела)	Anti-HCV (суммарные антитела)
Простатический антиген общий (для мужчин 50 лет и старше)	Онкоцитология - исследование мазка
Осмотр у врача уролога – диагностический, первичный / повторный по результатам анализов	Осмотр у врача гинеколога – диагностический первичный / повторный по результатам анализов

- 2.4.2. Предоставление Застрахованному лицу заключения (в устной и письменной форме) и разъяснений по результатам обследования, проведенного согласно п. 2.4.1 настоящей Программы.
- 2.5. По решению врача перечень исследований, указанных в п. 2.4.1 может быть изменен.

### **3. Порядок оказания услуг**

- 3.1. Застрахованное лицо в целях получения услуг по Программе обращается в Сервисную компанию. Сервисная компания имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь Страховщика.
- 3.2. Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том, какую информацию он должен представить для формирования и отправки запроса на получение услуг, указанных в п. 2.4. При этом после предоставления Застрахованным лицом информации представитель Сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на проведение медицинского обследования.
- 3.3. После получения от Застрахованного лица всей необходимой информации, предусмотренной в п. 3.2 Программы, Сервисная компания организует оказание услуг, предусмотренных в п. 2.4 настоящей Программы.
- 3.4. ЛПУ для прохождения Чек-ап определяется Сервисной компанией по согласованию с Застрахованным лицом. Сервисная компания направляет запрос на проведение медицинского обследования выбранному Сервисной компанией ЛПУ от имени и по поручению Страхователя для прохождения обследования.
- 3.5. Сервисная компания предоставляет рекомендации по подготовке к медицинскому обследованию с указанием объема услуг из перечисленных в п. 2.4.1, необходимому перечню документов для предъявления Застрахованным лицом в ЛПУ, сроками действия лабораторных анализов после их сдачи - минимум за 24 часа до планируемого прохождения обследования по электронной почте Застрахованного лица.
- 3.6. Сервисная компания направляет смс-сообщение Застрахованному лицу после определения временного промежутка прохождения обследования минимум за 24 часа до визита в ЛПУ с адресом ЛПУ и датой прохождения.
- 3.7. Срок организации медицинского обследования Застрахованному лицу составляет 2 (два) рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой информации, предусмотренной в п. 3.2 настоящей Программы.

### **4. Основания отказа в страховой выплате**

- 4.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате по следующим основаниям:

- количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования (настоящей Программой). Страховщик отказывает в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;
- обращение за оказанием медицинских и иных услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);
- за оказанием медицинских и иных услуг обратилось лицо, не являющееся Застрахованным лицом по договору страхования;
- обращения за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;
- по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты)



## Программа добровольного медицинского страхования №1.4. «Лечение критических заболеваний»

### 1 Программой предусмотрен комплекс медицинских манипуляций из числа указанных ниже:

- Лечение:

- любого злокачественного новообразования, в том числе лейкемии, саркомы и лимфомы, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и прорастанием в окружающие ткани;
- любого вида рака in situ, ограниченного эпителием зоны возникновения, без прорастания в строму или окружающие ткани;
- любых предраковых изменений клеток тканей, которые цитологически или гистологически классифицированы как дисплазия высокой степени или тяжелая дисплазия.
  - Аортокоронарное шунтирование (миокардиальная реваскуляризация) - прохождение хирургической операции по рекомендации кардиолога для коррекции сужения или блокирования одной или более коронарных артерий путем установки обходных трансплантатов.
  - Трансплантация от живого, совместимого донора органов /тканей - хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному лицу пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого или часть поджелудочной железы.
  - Трансплантация костного мозга — хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному лицу пересаживают костный мозг от самого Застрахованного лица (аутологичная трансплантация) или от живого совместимого донора (аллогенная трансплантация).
  - Пересадка или восстановление одного или нескольких клапанов сердца - прохождение хирургической операции по рекомендации кардиолога для замены или восстановления одного или более сердечных клапанов.
  - Нейрохирургическое вмешательство - любое хирургическое вмешательство в головной мозг и другие структуры полости мозгового черепа, а также хирургическое лечение доброкачественных опухолей, расположенных в спинном мозге.

По настоящей программе Страховщик, путем привлечения Сервисной компании, организует и оплачивает следующие услуги:

Второе Медицинское Мнение: услуга, предоставляемая Сервисной компанией, по рискам, предусмотренным программой. В услугу входит предоставление консультативного заключения, составленного на основе сбора и детального изучения врачом медицинских данных пациента. «Медицинский консьерж-сервис»: Услуга, включающая все мероприятия по организации лечения, застрахованного в связи с подтвержденным страховым случаем. Услуга предусматривает общий контроль ведения дела застрахованного, а также помощь в организации проезда и проживания для застрахованного и его сопровождающего.

Указанная медицинская помощь оказывается в случае обнаружения заболевания, на случай которого осуществляется страхование /Либо проведения застрахованному комплекса медицинских манипуляций, описанных в разделе 2, и предусмотренных программой страхования.

### Условия оказания услуг по программе

В соответствии с данной программой, Застрахованному оказываются медицинские услуги по лечению Болезней и Медицинские процедуры, покрываемые программой, и отвечающие всем следующим условиям:

- Процедура выполнена во время периода действия договора страхования;
- Диагноз, послуживший причиной медицинской процедуры, подтвержден Вторым Медицинским Мнением;
- Лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- Соответствующее заболевание или состояние ранее не было диагностировано или лечено, и никакие связанные с данным заболеванием симптомы не были документированы перед датой начала договора страхования или во время Периода Ожидания в отношении данного Застрахованного лица по договору страхования.

- Расходы в пределах страховой суммы и лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства).
- Лечение организовано Сервисной компанией в соответствии с Процедурой, изложенной в Разделе 5.
- Медицинские расходы возникли на территории Российской Федерации и за ее пределами за исключением расходов на лечение, покрытых в Разделе 3
- Расходы на любые медицинские и диагностические процедуры, лечение, услуги, поддержку или назначения предусмотрены программой.

## Медицинские учреждения

В соответствии с данной программой страхования, медицинские услуги застрахованным оказываются в ведущих лечебных учреждениях на территории Российской Федерации и за ее пределами согласно рекомендации Сервисной компании. Конкретное медицинское лечебное учреждение указывается Сервисной компании после проведения Второго Медицинского Мнения.

### Определения:

**Заболевание (болезнь):** любые изменения в состоянии здоровья человека, не связанные с несчастными случаями, диагноз и подтверждение которых выполнены врачом, официально зарегистрированным в данном виде деятельности.

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

**Церебральный Синдром:** присутствие мозгового нарушения или повреждения мозга, приводящего к частичному или полному нарушению его функций.

**Сервисная компания:** компания, организующая оказание медицинских и иных услуги в соответствии с данной программой страхования, с которой у Страховщика заключен Сервисный Договор.

**Экспериментальное Лечение:** лечение, процедура, методика лечения, оснащение, медицинский или фармацевтический продукт, предназначенный для медицинского или хирургического использования, которое не было утверждено как безопасное, эффективное и подходящее для лечения Болезней или Повреждений научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, или которое исследуется, проверяется или находится на любой стадии клинического экспериментирования.

**Альтернативная (нетрадиционная) медицина:** системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним, в частности, относится акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатия, натуропатия и остеопатия.

**Террористические акты:** действия, к которым, в частности, относятся применение силы или насилия и/или угроз такого применения, совершаемые лицом или группой (-ами) лиц самостоятельно, от имени или во взаимосвязи с любой организацией (-ями) или правительством (-ами), которые осуществляются в политических, религиозных, идеологических или аналогичных целях, в т. ч. с намерением повлиять на какое-либо правительство и/или вызвать у общественности или какой-либо части общественности страх; либо использование любого биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, устройства или оружия.

**Неинвазивный рак или рак «in situ»:** злокачественная опухоль, ограниченная эпителием, в котором она возникла, не проникшая в строму или окружающие ткани.

**Необходимыми с медицинской точки зрения являются следующие медицинские услуги и товары:**

- необходимые для удовлетворения основных потребностей Застрахованного лица в медицинской помощи и;
- предоставленные наиболее подходящим, с медицинской точки зрения, способом и в том виде, в котором они наиболее сообразны сфере медицинского обслуживания, с учетом как стоимости, так и качества услуг, и;
- по типу, частоте и продолжительности лечения, соответствующие научно обоснованным рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, организаций или государственных органов медицинского страхования, согласованных Страховщиком, и,
  - соответствующие диагнозу состояния либо заболевания и;
  - требуемые по причинам иным, нежели удобство Застрахованного лица или его/ее врача, и;
  - в отношении которых в прошедшей экспертную оценку и широко распространенной медицинской литературе продемонстрировано следующее:
    1. безопасность и эффективность в лечении и диагностике состояний или заболеваний, для которых предлагается их применение либо;
    2. безопасность в виде перспективы эффективности при лечении состояний, опасных для жизни либо заболеваний при клинически контролируемой научной программе.

**Медикаменты (лекарственные препараты):** Любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться при лечении Застрахованного лица в целях восстановления, исправления или изменения физиологических функций, проявляющее фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо используемое для постановки диагноза, доступное только по рецепту Врача, и официально выданное фармацевтическим учреждением.

Рецепт на фирменные лекарственные препараты действует и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

**Предварительное Медицинское Свидетельство:** Письменное подтверждение, выпущенное Страховщиком, которое включает подтверждение покрытия по договору страхования до начала оказания услуг в указанном медицинском учреждении на территории РФ и за ее пределами – на лечение, услуги, изделия медицинского назначения и рецептурные лекарственные препараты, имеющие отношение к страховому случаю.

**Протез:** устройство, которое заменяет весь орган или его часть, либо функцию не действующей, либо действующей с нарушениями части тела.

**Хирургия (хирургические вмешательства):** Все оперативные вмешательства, проводимые с диагностической или лечебной целью, проведенные путем рассечения кожных покровов или другими методами внутреннего доступа, выполняемые хирургом в больнице в условиях операционной.

## **2. Покрываемые заболевания и Медицинские процедуры**

Медицинские условия организации Страховщиком помощи:

### **2.1 Лечение онкологических заболеваний (Рак):**

Условия признания страховым случаем:

- a. Необходимость лечения злокачественных заболеваний, в т. ч. лейкемии, саркомы и лимфомы, характеризующихся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и инвазией тканей;
- b. любое лечение предраковых или «in situ» опухолей, поразивших эпителий, в котором они образовались, и не проникших в строму или окружающие ткани;
- c. любое предраковое изменение в клетках, которые цитологически или гистологически классифицируется как дисплазия высокой степени дифференцировки или тяжелая дисплазия.

### **2.2 Хирургическое лечение коронарных артерий (Операция шунтирования коронарной артерии (реваскуляризация миокарда)):**

Условия признания страховым случаем:

Необходимость проведения хирургической операции по рекомендации консультирующего кардиолога для коррекции сужения или блокирования одной, или более коронарных артерий путем установки обходных трансплантатов.

#### 2.3 Трансплантация основных органов:

Условия признания страховым случаем:

Необходимость проведения хирургической трансплантации, при которой Застрахованному пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого или часть поджелудочной железы от живого совместимого донора

#### 2.4 Трансплантация костного мозга

Трансплантация костного мозга (ТКМ) или трансплантация стволовых клеток периферической крови (ТСКПК) Застрахованному лицу от:

- Самого Застрахованного лица (аутологичная трансплантация костного мозга); или
- Живого совместимого донора (аллогенная трансплантация костного мозга).

#### 2.5 Пересадка или восстановление сердечного клапана:

Условия признания страховым случаем:

Необходимость проведения плановой хирургической операции по рекомендации консультирующего кардиолога для пересадки или восстановления одного, или более сердечных клапанов

#### 2.6 Нейрохирургическая операция

Условия признания страховым случаем:

Необходимость проведения любого планового хирургического вмешательства на головном мозге, любых других структурах полости мозгового черепа, а также хирургическое лечение доброкачественных опухолей, расположенных в спинном мозге.

### 3 Покрытие в РФ и за рубежом

Расходы и услуги по госпитализации пациентов, включая:

- Проживание, питание и общие услуги по медицинскому уходу, предоставленные во время пребывания Застрахованного лица в комнате, палате или отделении Больницы либо в отделении интенсивной терапии и контроля;
- Другие больничные услуги, в т. ч. услуги, предоставленные в амбулаторном отделении больницы, а также расходы, относящиеся к стоимости дополнительной либо соседней койки для сопровождающего лица, если больница оказывает такую услугу;
- Использование операционной и всех относящихся к ней услуг.
  - Услуги дневного стационара или медицинского центра, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо назначение покрыты данной Программой и предусмотрены в больнице;
  - Услуги врачей в отношении обследований, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
  - Визиты врачей и/или консультации в течение лечения;
  - Медицинские и хирургические услуги, лечебные процедуры и предписания;
- Анестезия и введение анестетиков, при условии выполнения квалифицированным анестезиологом;
- Лабораторные анализы и исследование патологий, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие подобные анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых

страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

- Переливания крови, введение плазмы и сыворотки;

- Расходы, связанные с использованием кислорода, применение внутривенных растворов и инъекций.

- Лекарственные препараты, применяемые по медицинскому предписанию при госпитализации Застрахованного лица для лечения, покрываемого страхованием заболевания или для медицинской процедуры, а также лекарственные препараты, купленные по назначению лечащего врача в отношении основного (покрываемого программой) заболевания в течение 30 дней после завершения стадии лечения Застрахованного лица, проведенного за пределами Российской Федерации, и только при приобретении данных препаратов перед возвращением в место постоянного проживания;

- Транспортировка скорой помощью или санитарным бортом по медицинским показаниям и при условии предварительного одобрения Страховщиком;

- Услуги, оказываемые прижизненному донору в процессе удаления органа или ткани, предназначенные для трансплантации Застрахованному лицу, заключающиеся в следующем:

- Процедура определения местонахождения и типирования потенциальных доноров;

- Больничные услуги, оказываемые донору, в т. ч. размещение в больничной комнате, палате или отделении, питание, услуги общего медицинского ухода, услуги, регулярно оказываемые персоналом больницы, лабораторные анализы, использование оборудования и других материально-технических средств больницы (за исключением предметов личного пользования, которые не являются необходимыми в процессе удаления предназначенного для трансплантации органа или ткани);

- Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенные для трансплантации Застрахованному лицу. Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу (покрытие будет обеспечено только для расходов, понесенных с момента выпуска Предварительного медицинского свидетельства);

- Расходы на проезд Застрахованного лица и одного сопровождающего лица к месту проведения лечения (а также прижизненного донора в случае трансплантации) с целью проведения лечения, утвержденного Страховщиком/Сервисной компанией. Все мероприятия по подготовке переезда проводит Сервисная компания, при этом Страховщик не оплачивает расходы по проезду, осуществленные Застрахованным лицом либо третьим лицом от имени Застрахованного лица. Сервисная компания будет нести ответственность за определение дат поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного времени для осуществления личных приготовлений. В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной компании, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховщику и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Покрываемые данной Программой мероприятия по проезду включают в себя:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица, сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) до установленного аэропорта или железнодорожной станции,

- проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса до города, где будет проводиться лечение, а также трансфер до указанного отеля или лечебного учреждения,

- проезд от установленного отеля или больницы в аэропорт или до железнодорожной станции,

- проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до города, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо,

- проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного лица;

- проезд Застрахованного лица и/или сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) от предусмотренной гостиницы до стационара или лечащего врача, и обратно (данный сервис будет доступен только в том случае, если он организуется Сервисной компанией, и будет покрыта только одна поездка в обе стороны в день).

- Расходы на размещение Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) во время пребывания вне территории постоянного проживания с целью

проведения лечения, утвержденного Сервисной компанией. Все мероприятия по организации проживания осуществляется Сервисной компанией, при этом Страховщик не оплачивает проживание, организованное Застрахованным лицом либо любым третьим лицом, действующим от имени Застрахованного лица. Сервисная компания будет нести ответственность за принятие решения в отношении дат бронирования размещения на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного количества времени для осуществления личных приготовлений. Сервисная компания укажет дату возвращения на основании завершения лечения и подтверждения лечащего врача, что Застрахованное лицо в состоянии осуществлять переезд. В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной компанией, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

- Мероприятия по организации проживания включают в себя бронирование двухместного номера или номера с двухспальной кроватью в комфортабельном отеле (в категориях 3-4 звезды) с включенным завтраком, согласно критериям, установленным в интересах Застрахованного лица. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км. Питание (кроме завтрака, при условии, что завтрак включен в стоимость номера) и непредвиденные расходы в отеле не являются предметом страхового покрытия. Застрахованное лицо не может за дополнительную плату повышать уровень комфортности в соответствующем отеле.

- Расходы по репатриации Застрахованного, в случае смерти, при прохождении лечения, организованного и оплаченного в рамках договора и/или прижизненного донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани.

- Данная опция ограничивается услугами по подготовке тела покойного к транспортировке к месту похорон/ постоянного места жительства в России, и включает услуги, предоставляемые похоронной компанией, обеспечивающей репатриацию, бальзамирование и покупку гроба, а также оформление всех необходимых административных формальностей. Перевозка покойного осуществляется от аэропорта до места похорон/ постоянного места жительства на территории Российской Федерации.

### **3 Покрытие в России**

Программа покрывает стоимость лекарств, приобретенных в России, (в пределах лимитов) после лечения покрываемых программой болезней или процедур длительностью более 3 ночей госпитализации, согласованных с Сервисной компанией в рамках предварительного медицинского свидетельства и оплаченных по договору страхования.

#### **Покрытие возможно при соблюдении следующих условий:**

- Если лекарственный препарат был рекомендован через Сервисную компанию лечащим врачом (врачами) международной квалификации, который(ые) принимал (и) участие в лечении Застрахованного лица, в качестве необходимого для последующего лечения;
- Если лекарственный препарат лицензирован и разрешен соответствующими органами власти в Российской Федерации и его назначение и оборот должным образом регулируются
- Если лекарственный препарат рекомендован Врачом в России
- Если лекарственный препарат продается на территории Российской Федерации;
- Если каждый рецепт не выдается на курс приема, который превышает 2 месяца.

#### **Такое страхование не покрывает:**

- Любую стоимость лекарственных препаратов, которые бесплатно предоставляются в рамках системы здравоохранения Российской Федерации или которые покрываются любым другим страховым полисом, имеющимся у Застрахованного лица;
- Стоимость применения лекарственного препарата;
- Приобретение лекарственного препарата за пределами Российской Федерации;
- Счета, предоставленные Страховщику более чем через 180 дней после приобретения лекарственного препарата.

#### **Финансирование и возмещение**

Покупка лекарств для этого раздела должна быть организована и оплачена непосредственно Застрахованным лицом. Страховщик возместит Застрахованному лицу расходы на приобретенные лекарства после получения соответствующего рецепта, оригинального счета и документа, подтверждающего оплату.

В случаях, когда стоимость лекарств была частично компенсирована в рамках государственной системы здравоохранения Российской Федерации или любым другим страховым полисом, в заявлении на возмещение

необходимо разделить расходы, которые оплачены непосредственно Застрахованным лицом, и те, которые покрываются из указанных выше источников.

#### **4. Исключения Страховой программы**

##### **4(А) Исключенные заболевания и медицинские процедуры:**

В случае лечения онкологических заболеваний

- Рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи), за исключением злокачественных меланом;
- Любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

В случае проведения операции шунтирования коронарной артерии

- Любая коронарная болезнь, лечение которой проводится с использованием иных методов, нежели шунтирование коронарных артерий, например, любым видом ангиопластической хирургии.

В случае пересадки органа или ткани от прижизненного донора

- Любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени.
- Любая трансплантация, когда трансплантат создается из собственных клеток пациента, за исключением трансплантации костного мозга.
- Любая трансплантация, когда Застрахованное лицо является донором третьего лица.
- Любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора.
- Любая трансплантация органов, включающая в себя лечение стволовыми клетками.
- Трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

##### **4(В) Не признается страховым случаем, и помощь не оказывается в указанных ниже случаях.**

- Предшествующие состояния: заболевания застрахованного, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, или проявившиеся в виде связанных зафиксированных в медицинских документах симптомов на протяжении 10 лет до момента начала действия договора страхования.
  - Если условия заболевания и состояния не соответствуют условиям, описанным в Разделе 2.
  - Не покрываются заболевания, которые были диагностированы или проявились первыми задокументированными симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными или инструментальными исследованиями в период ожидания;
  - Экспериментальное лечение или альтернативная (нетрадиционная) медицина;
  - Медицинские процедуры, необходимые в связи с наличием СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита) или иного состояния, возникшего вследствие данных заболеваний (в том числе саркомы Капоши), а также для лечения СПИДа и ВИЧ.;
  - Любые медицинские расходы, необходимость в которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголя и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов. .
  - Расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного лица, либо возникшими при совершении преступления.
  - Любые заболевания, причиной которых является попытка совершения суицида либо причинение себе вреда.

##### **4 (С) Исключенные расходы:**

- расходы, понесенные без соблюдения Порядка урегулирования убытка (раздел 5 Программы);
- расходы, понесенные в течение периода ожидания;
- расходы в случае, если застрахованное лицо в момент постановки соответствующего диагноза: - не имеет постоянного места жительства в России; или

- находилось за пределами России более 183 дней в течение последних 12 месяцев до даты установления соответствующего диагноза.

Данное исключение не применяется в течение первого года страхования в отношении указанных ниже категорий Застрахованных лиц, которые включены в списки в рамках корпоративного договора страхования, страховая премия по которому оплачивается работодателем (Страхователем): работники (и члены их семей, если применимо), которые начинают работать по трудовому договору, заключенному со Страхователем в Российской Федерации, и которые были направлены из зарубежной страны специально для трудоустройства в организации, являющейся Страхователем.

- расходы на услуги сиделки либо услуги реабилитационного центра, хосписа либо дома престарелых, расходы на услуги по содержанию и уходу на дому;
- расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез и искусственных клапанов сердца в результате хирургической операции, организованной и оплаченной в рамках данной Программы;
- медицинский уход при церебральном синдроме или старости;
- оплата телефонных разговоров; оплата услуг переводчика и другие расходы в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам;
- покупка или аренда инвалидных колясок, специальных кроватей или другого оборудования;
- любые расходы, понесенные до выдачи предварительного медицинского свидетельства (письменного подтверждения покрытия по страховому случаю в лечебном учреждении, в соответствии с Разделом 6, «Порядка оказания услуг»);
- любые расходы, понесенные в другом лечебном учреждении, ином, нежели уполномоченное лечебное учреждение, указанное в предварительном медицинском свидетельстве;
- любые расходы по заболеванию, наилучшим методом лечения которого является трансплантация органа;
- любое заболевание, вызванное трансплантацией органа, за исключением случаев, когда рассматриваемое заболевание определено в качестве покрытого Программой заболевания или медицинской процедуры;
- любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения, покрываемого Программой заболевания либо проведения медицинской процедуры согласно описанию, приведенному в Разделе 2;
- любые расходы, связанные с заболеваниями или травмами, полученными в результате войны, террористических актов, сейсмических движений, волнений, мятежей, наводнений, извержений вулкана, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции и другими необычными либо катастрофическими явлениями; а также в связи с официально объявленными эпидемиями;
- любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными.

## **5. Порядок оказания услуг:**

1. При возникновении события, имеющего признаки страхового (т.е. из числа оговоренных программой), Застрахованное лицо или его представитель обращается в Медицинский Контакт-центр Страховщика по телефону\_\_\_\_\_. Работник Медицинского Контакт-центра Страховщика разъясняет застрахованному порядок дальнейших действий, включая порядок предоставления медицинской информации о заболевании для проведения медицинского анализа и передает соответствующий запрос Сервисной компании.

2. Представитель Сервисной компанией связывается с Застрахованным и разъясняет порядок прохождения процедуры «Второе Медицинское Мнение», включая подписание Застрахованным лицом согласия, позволяющего Сервисной компании запрашивать данные о любых диагностических исследованиях и другую медицинскую информацию. Застрахованное лицо (или его законный представитель) предоставляет Сервисной компании необходимую медицинскую информацию.

3. Страховщик/ Сервисная компания в случае недостаточности медицинской информации, запрашивает у Застрахованного дополнительные медицинские данные.

4. Страховщик/Сервисная организация организует услуги для верификации диагноза в профильных медицинских организациях:



- организация и оплата транспортировки биоматериала к месту проведения пересмотра, транспортировки биоматериала обратно Застрахованному;
- организация и оплата пересмотра биоматериала в лечебном учреждении;
- организация и оплата заочной консультации по представленным медицинским документам.

5. Сервисная компания организует проведение процедуры «Второе Медицинское Мнение» в срок до 14-ти рабочих дней на территории РФ и в срок до 30-ти рабочих дней за ее пределами, исключая Соединенные Штаты Америки, с момента получения всей необходимой медицинской документации от Застрахованного лица и/или его представителя.

6. По результатам медицинского анализа, Страховщик/ Сервисная компания направляет Застрахованному письменный отчет, включающий информацию об исходном диагнозе, окончательном диагнозе, рекомендуемом лечении для принятия застрахованным лицом решения о начале лечения.

7. Если отчет подтверждает наличие страхового случая по договору страхования, Застрахованное лицо информирует Страховщика/ Сервисную компанию о своем решении в отношении начала лечения на территории РФ и за ее пределами, после чего Страховщик/ Сервисная компания готовит для Застрахованного отчет с указанием специалистов/лечебных учреждений, рекомендованных для лечения. Выбор лечебного учреждения Застрахованным лицом, из числа предложенных, должен быть осуществлен в течение периода, не превышающего 90 дней с момента предоставления отчета со списком специалистов/лечебных учреждений, рекомендованных для лечения, после этого срока отчет не считается действительным.

8. После выбора Застрахованным лицом лечебного учреждения, из числа рекомендованных, Страховщик/ Сервисная компания организует необходимую медицинскую помощь в срок до 14-ти рабочих дней на территории РФ и в срок до 30-ти дней за ее пределами, исключая США, с момента признания случая страховым и выдает предварительное медицинское свидетельство на получение медицинских услуг в соответствии с программой страхования в выбранном лечебном учреждении. В случае получения медицинской помощи согласно условиям предварительного медицинского свидетельства Страховщик/ Сервисная компания, согласно покрытию, в рамках данной страховой программы, произведет оплату расходов в связи с лечением Застрахованного лица напрямую в медицинское учреждение (с учетом ограничений, исключений и условий, предусмотренных договором страхования).

9. Сервисная компания осуществляет визовую поддержку для Застрахованного лица, а также организацию проезда к месту лечения и проживание Застрахованного лица в период амбулаторного лечения в случае прохождения лечения за пределами РФ.

## **Программа добровольного медицинского страхования №1.5. «Лечение онкологических заболеваний. Расширенная»**

### **1 Программой предусмотрено:**

лечение любого злокачественного новообразования, в том числе лейкемии, саркомы и лимфомы, характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и прорастанием в окружающие ткани.

По настоящей программе Страховщик, путем привлечения Сервисной компании, организует и оплачивает следующие услуги:

Второе Медицинское Мнение: услуга, предоставляемая Сервисной компанией, по рискам, предусмотренным программой. В услугу входит предоставление консультативного заключения, составленного на основе сбора и детального изучения врачом-экспертом медицинских данных пациента. «Медицинский консъерж-сервис»: услуга, включающая все мероприятия по организации лечения застрахованного в связи с подтвержденным страховым случаем. Услуга предусматривает общий контроль ведения дела застрахованного, а также помощь в организации проезда и проживания для застрахованного и его сопровождающего.

Указанная медицинская помощь оказывается в случае обнаружения заболевания, на случай которого осуществляется страхование / Либо проведения застрахованному комплекса медицинских манипуляций, описанных в разделе 2, и предусмотренных программой страхования.

### **Условия оказания услуг по программе**

В соответствии с данной программой, Застрахованному оказываются медицинские услуги по лечению Болезней и Медицинские процедуры, покрываемые программой, и отвечающие всем следующим условиям:

- Процедура выполнена во время периода действия договора страхования;
- Диагноз, послуживший причиной медицинской процедуры, подтвержден Вторым Медицинским Мнением;
- Лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
- Соответствующее заболевание или состояние ранее не было диагностировано или лечено, и никакие связанные с данным заболеванием симптомы не были документированы перед датой начала договора страхования или во время Периода Ожидания в отношении данного Застрахованного лица по договору страхования.
- Расходы в пределах страховой суммы и лимитов ответственности.
- Лечение организовано Сервисной компанией в соответствии с Процедурой, изложенной в Разделе 5.
- Медицинские расходы возникли на территории Российской Федерации и за ее пределами исключая Соединенные Штаты Америки.
- Расходы на любые медицинские и диагностические процедуры, лечение, услуги, поддержку или назначения предусмотрены программой согласно Разделу 3.

### **Медицинские учреждения**

В соответствии с данной программой страхования, медицинские услуги застрахованным оказываются в ведущих лечебных учреждениях на территории Российской Федерации и за ее пределами исключая Соединенные Штаты Америки согласно рекомендации Сервисной компанией. Конкретное медицинское лечебное учреждение указывается Сервисной компанией после проведения Второго Медицинского Мнения.

### **Определения:**

**Заболевание (болезнь):** любые изменения в состоянии здоровья человека, не связанные с несчастными случаями, диагноз и подтверждение которых выполнены врачом, официально зарегистрированным в данном виде деятельности.

Заболевание будет включать в себя все повреждения либо последствия, возникшие на фоне одного диагноза, а также все виды недомоганий, связанных с одной причиной или группой взаимосвязанных причин. Если недомогание возникло вследствие той же причины, которая вызвала предыдущее заболевание, либо вследствие

родственной причины, данное заболевание будет считаться продолжением предыдущего заболевания, а не отдельным заболеванием.

**Церебральный Синдром:** присутствие мозгового нарушения или повреждения мозга, приводящего к частичному или полному нарушению его функций.

**Сервисная компания:** компания, организующая оказание медицинских и иных услуги в соответствии с данной программой страхования, с которой у Страховщика заключен Сервисный Договор.

**Экспериментальное Лечение:** лечение, процедура, методика лечения, оснащение, медицинский или фармацевтический продукт, предназначенный для медицинского или хирургического использования, которое не было утверждено как безопасное, эффективное и подходящее для лечения Болезней или Повреждений научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, или которое исследуется, проверяется или находится на любой стадии клинического экспериментирования.

**Альтернативная (нетрадиционная) медицина:** системы, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним, в частности, относится акупунктура, ароматерапия, хиропрактика, гомеопатия, натуропатия и остеопатия.

**Террористические акты:** действия, к которым, в частности, относятся применение силы или насилия и/или угроз такого применения, совершаемые лицом или группой (-ами) лиц самостоятельно, от имени или во взаимосвязи с любой организацией (-ями) или правительством (-ами), которые осуществляются в политических, религиозных, идеологических или аналогичных целях, в т. ч. с намерением повлиять на какое-либо правительство и/или вызвать у общественности или какой-либо части общественности страх; либо использование любого биологического, химического, радиоактивного или ядерного вещества, материала, устройства или оружия.

**Неинвазивный рак или рак «in situ»:** злокачественная опухоль, ограниченная эпителием, в котором она возникла, не проникшая в строму или окружающие ткани.

**Необходимыми с медицинской точки зрения являются следующие медицинские услуги и товары:**

- необходимые для удовлетворения основных потребностей Застрахованного лица в медицинской помощи и;
- предоставленные наиболее подходящим, с медицинской точки зрения, способом и в том виде, в котором они наиболее сообразны сфере медицинского обслуживания, с учетом как стоимости, так и качества услуг, и;
- по типу, частоте и продолжительности лечения, соответствующие научно обоснованным рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, организаций или государственных органов медицинского страхования, согласованных Страховщиком, и;
  - соответствующие диагнозу состояния либо заболевания и;
  - требуемые по причинам иным, нежели удобство Застрахованного лица или его/ее врача, и;
  - в отношении которых в прошедшей экспертную оценку и широко распространенной медицинской литературе продемонстрировано следующее:
    1. безопасность и эффективность в лечении и диагностике состояний или заболеваний, для которых предлагается их применение либо;
    2. безопасность в виде перспективы эффективности при лечении состояний, опасных для жизни либо заболеваний при клинически контролируемой научной программе.

**Медикаменты (лекарственные препараты):** Любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться при лечении Застрахованного лица в целях восстановления, исправления или изменения физиологических функций, проявляющее фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо используемое для постановки диагноза, доступное только по рецепту Врача, и официально выданное фармацевтическим учреждением.

Рецепт на фирменные лекарственные препараты действует и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

**Предварительное Медицинское Свидетельство:** Письменное подтверждение, выпущенное Страховщиком, которое включает подтверждение покрытия по договору страхования до начала оказания услуг в указанном медицинском учреждении на территории Российской Федерации и за ее пределами исключая Соединенные Штаты Америки – на лечение, услуги, изделия медицинского назначения и рецептурные лекарственные препараты, имеющие отношение к страховому случаю.

**Протез:** устройство, которое заменяет весь орган или его часть, либо функцию не действующей, либо действующей с нарушениями части тела.

**Хирургия (хирургические вмешательства):** Все оперативные вмешательства, проводимые с диагностической или лечебной целью, проведенные путем рассечения кожных покровов или другими методами внутреннего доступа, выполняемые хирургом в больнице в условиях операционной.

## **2. Покрываемые заболевания и Медицинские процедуры**

Медицинские условия организации Страховщиком помощи:

### **2.1 Лечение онкологических заболеваний (Рак):**

Условия признания страховым случаем:

Необходимость лечения злокачественных заболеваний, в т. ч. лейкемии, саркомы и лимфомы, характеризующихся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и прорастанием в окружающие ткани.

### **3(А) Покрытие в РФ за рубежом (кроме США)**

- Расходы и услуги по госпитализации пациентов, включая:
  - Проживание, питание и общие услуги по медицинскому уходу, предоставленные во время пребывания Застрахованного лица в комнате, палате или отделении Больницы либо в отделении интенсивной терапии и контроля;
  - Другие больничные услуги, в т. ч. услуги, предоставленные в амбулаторном отделении больницы, а также расходы, относящиеся к стоимости дополнительной либо соседней койки для сопровождающего лица, если больница оказывает такую услугу;
  - Использование операционной и всех относящихся к ней услуг.
    - Услуги дневного стационара или медицинского центра, но только при условии, что лечение, хирургическая операция либо назначение покрыты данной Программой и предусмотрены в больнице;
    - Услуги врачей в отношении обследований, лечения, медицинского ухода или хирургической операции;
    - Визиты врачей и/или консультации в течение лечения;
    - Медицинские и хирургические услуги, лечебные процедуры и предписания;
  - Анестезия и введение анестетиков, при условии выполнения квалифицированным анестезиологом;
  - Лабораторные анализы и исследование патологий, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие подобные анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;
  - Переливания крови, введение плазмы и сыворотки;
  - Расходы, связанные с использованием кислорода, применение внутривенных растворов и инъекций.
    - Лекарственные препараты, применяемые по медицинскому предписанию при госпитализации Застрахованного лица для лечения, покрываемого страхованием заболевания или для медицинской процедуры, а также лекарственные препараты, купленные по назначению лечащего врача в отношении основного (покрываемого программой) заболевания в течение 30 дней после завершения стадии лечения Застрахованного

лица, проведенного за пределами места постоянного проживания (кроме США), и только при приобретении данных препаратов перед возвращением в Российскую Федерацию;

- Транспортировка скорой помощью или санитарным бортом по медицинским показаниям и при условии предварительного одобрения Страховщиком;

- Услуги, оказываемые прижизненному донору в процессе удаления органа или ткани, предназначенные для трансплантации Застрахованному лицу, заключающиеся в следующем:

- Процедура определения местонахождения и типирования потенциальных доноров;

- Больничные услуги, оказываемые донору, в т. ч. размещение в больничной комнате, палате или отделении, питание, услуги общего медицинского ухода, услуги, регулярно оказываемые персоналом больницы, лабораторные анализы, использование оборудования и других материально-технических средств больницы (за исключением предметов личного пользования, которые не являются необходимыми в процессе удаления предназначенного для трансплантации органа или ткани);

- Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенные для трансплантации Застрахованному лицу. Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу (покрытие будет обеспечено только для расходов, понесенных с момента выпуска Предварительного медицинского свидетельства);

- Расходы на проезд Застрахованного лица и одного сопровождающего лица к месту прохождения лечения (а также прижизненного донора в случае трансплантации) с целью проведения лечения, утвержденного Сервисной компанией. Все мероприятия по подготовке переезда проводит Сервисная компания, при этом Страховщик не оплачивает расходы по проезду, осуществленные Застрахованным лицом либо третьим лицом от имени Застрахованного лица. Сервисная компания будет нести ответственность за определение дат поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного времени для осуществления личных приготовлений. В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной компании, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховщику и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Покрываемые данной Программой мероприятия по проезду включают в себя:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного лица, сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) до установленного аэропорта или железнодорожной станции,

- проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета эконом-класса до города, где будет проводиться лечение, а также трансфер до указанного отеля или лечебного учреждения,

- проезд от установленного отеля или больницы в аэропорт или до железнодорожной станции,

- проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета эконом-класса до города, в котором постоянно проживает Застрахованное лицо,

- проезд от аэропорта или железнодорожной станции до постоянного места жительства Застрахованного лица.

(В отношении данного покрытия установлен лимит ответственности Страховщика в размере 10 000 евро на проезд на Застрахованное лицо в год.)

- Расходы на размещение Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) с целью проведения лечения, утвержденного Сервисной компанией. Все мероприятия по организации проживания осуществляется Сервисной компанией, при этом Страховщик не оплачивает проживание, организованное Застрахованным лицом либо любым третьим лицом, действующим от имени Застрахованного лица. Сервисная компания будет нести ответственность за принятие решения в отношении дат бронирования размещения на основе утвержденного графика лечения. Эти даты будут сообщены Застрахованному лицу, с целью предоставления Застрахованному лицу достаточного количества времени для осуществления личных приготовлений. Сервисная компания укажет дату возвращения на основании завершения лечения и подтверждения лечащего врача, что Застрахованное лицо в состоянии осуществлять переезд. В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Сервисной компании, Застрахованное лицо выплатит компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией в качестве необходимых с медицинской точки зрения.

Мероприятия по организации проживания включают в себя бронирование двухместного номера или номера с двухспальной кроватью в комфортабельном отеле (в категориях 3-4 звезды) с включенным завтраком, согласно критериям, установленным в интересах Застрахованного лица. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км. Питание (кроме завтрака,

при условии, что завтрак включен в стоимость номера) и непредвиденные расходы в отеле не являются предметом страхового покрытия. Застрахованное лицо не может за дополнительную плату повышать уровень комфортности в соответствующем отеле.

(В отношении данного покрытия установлен лимит ответственности Страховщика в размере 10 000 евро на проживание на Застрахованное лицо в год.)

- Расходы по репатриации Застрахованного, в случае смерти, при прохождении лечения, организованного и оплаченного в рамках договора и/или прижизненного донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани.

- Данная опция ограничивается услугами по подготовке тела покойного к транспортировке к месту похорон /постоянного места жительства, и включает услуги, предоставляемые похоронной компанией, обеспечивающей репатриацию, бальзамирование и покупку гроба, а также оформление всех необходимых административных формальностей. Перевозка покойного осуществляется от аэропорта до места похорон/ постоянного места жительства на территории Российской Федерации.

#### **4. Исключения Страховой программы**

##### **4(A) Исключенные заболевания и медицинские процедуры:**

- Рак «in-situ», а также дисплазии высокой степени дифференцировки
- Рак кожи, который гистологически классифицируется как не проникший за пределы эпидермиса (наружного слоя кожи), за исключением злокачественных меланом;
- Любая опухоль при наличии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

##### **4(B) Не признается страховым случаем, и помощь не оказывается в указанных ниже случаях**

- Предшествующие состояния: заболевания застрахованного, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, или проявившиеся в виде связанных зафиксированных в медицинских документах симптомов на протяжении 10 лет до момента начала действия договора страхования;
- Если условия заболевания и состояния не соответствуют условиям, описанным в Разделе 2;
- Не покрываются заболевания, которые были диагностированы или проявились первыми задокументированными симптомами, подтвержденными записями врачей, лабораторными или инструментальными исследованиями в период ожидания;
- Экспериментальное лечение или альтернативная (нетрадиционная) медицина;
- Медицинские процедуры, необходимые в связи с наличием СПИДа (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита) или иного состояния, возникшего вследствие данных заболеваний (в том числе саркомы Капоши), а также для лечения СПИДа и ВИЧ;
- Любые медицинские расходы, необходимость в которых вызвана алкоголизмом, наркозависимостью и/или интоксикациями, связанными со злоупотреблением алкоголя и/или использованием психотропных, наркотических или галлюциногенных препаратов;
- Расходы, связанные с любыми заболеваниями и состояниями, вызванными намеренно или с умыслом, либо являющимися следствием проявления халатности или преступной неосторожности Застрахованного лица, либо возникшими при совершении преступления;
- Любые заболевания, причиной которых является попытка совершения суицида либо причинение себе вреда.

##### **4 (C) Исключенные расходы:**

- расходы, понесенные в Соединенных Штатах Америки;
- расходы, понесенные без соблюдения Порядка урегулирования убытка (раздел 5 Программы);
- расходы, понесенные в течение периода ожидания;
- Расходы в случае, если застрахованное лицо в момент постановки соответствующего диагноза:
  - не имеет постоянного места жительства в России; или

- находилось за пределами России более 183 дней в течение последних 12 месяцев до даты установления соответствующего диагноза;

- Данное исключение не применяется в течение первого года страхования в отношении указанных ниже категорий Застрахованных лиц, которые включены в списки в рамках корпоративного договора страхования,

страховая премия по которому оплачивается работодателем (Страхователем): работники (и члены их семей, если применимо), которые начинают работать по трудовому договору, заключенному со Страхователем в Российской Федерации, и которые были направлены из зарубежной страны специально для трудоустройства в организации, являющейся Страхователем;

- расходы на услуги сиделки либо услуги реабилитационного центра, хосписа либо дома престарелых, расходы на услуги по содержанию и уходу на дому;
- расходы, понесенные при приобретении (или прокате) любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов, за исключением протезов молочных желез и искусственных клапанов сердца в результате хирургической операции, организованной и оплаченной в рамках данной Программы;
- медицинский уход при церебральном синдроме или старости;
- оплата телефонных разговоров; оплата услуг переводчика и другие расходы в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам;
- покупка или аренда инвалидных колясок, специальных кроватей или другого оборудования;
- любые расходы, понесенные до выдачи предварительного медицинского свидетельства (письменного подтверждения покрытия по страховому случаю в лечебном учреждении, в соответствии с Разделом 5, «Порядка оказания услуг»);
- любые расходы, понесенные в другом лечебном учреждении, ином, нежели уполномоченное лечебное учреждение, указанное в предварительном медицинском свидетельстве;
- любые расходы по заболеванию, наилучшим методом лечения которого является трансплантация органа;
- любое заболевание, вызванное трансплантацией органа, за исключением случаев, когда рассматриваемое заболевание определено в качестве покрытого Программой заболевания или медицинской процедуры;
- любые услуги, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения, покрываемого Программой заболевания либо проведения медицинской процедуры согласно описанию, приведенному в Разделе 2;
- любые расходы, связанные с заболеваниями или травмами, полученными в результате войны, террористических актов, сейсмических движений, волнений, мятежей, наводнений, извержений вулкана, а также в связи с прямыми и косвенными последствиями ядерной реакции и другими необычными либо катастрофическими явлениями; а также в связи с официально объявленными эпидемиями;
- любые медицинские расходы, не являющиеся общепринятыми и разумными.

## 5. Порядок оказания услуг:

1. При возникновении события, имеющего признаки страхового (т.е. из числа оговоренных программой), Застрахованное лицо или его представитель обращается в Медицинский Контакт-центр Страховщика по телефону \_\_\_\_\_. Работник Медицинского Контакт-центра Страховщика разъясняет застрахованному порядок дальнейших действий, включая порядок предоставления медицинской информации о заболевании для проведения медицинского анализа и передает соответствующий запрос Сервисной компании.

2. Представитель Сервисной компании связывается с Застрахованным и разъясняет порядок прохождения процедуры «Второе Медицинское Мнение», включая подписание Застрахованным лицом согласия, позволяющего Сервисной компании запрашивать данные о любых диагностических исследованиях и другую медицинскую информацию. Застрахованное лицо (или его законный представитель) предоставляет Сервисной компании необходимую медицинскую информацию.

3. Страховщик/Сервисная компания в случае недостаточности медицинской информации, запрашивает у Застрахованного дополнительные медицинские данные.

4. Страховщик/Сервисная организация организует услуги для верификации диагноза в профильных медицинских организациях:

- организация и оплата транспортировки биоматериала к месту проведения пересмотра, транспортировки биоматериала обратно Застрахованному;
- организация и оплата пересмотра биоматериала в лечебном учреждении;
- организация и оплата заочной консультации по представленным медицинским документам.

5. Сервисная компания организует проведение процедуры «Второе Медицинское Мнение» в срок до 14-ти рабочих дней на территории РФ и в срок до 30-ти рабочих дней за пределами РФ, исключая Соединенные Штаты Америки, с момента получения всей необходимой медицинской документации от Застрахованного лица и/или его представителя.

6. По результатам медицинского анализа, Страховщик/Сервисная компания направляет Застрахованному письменный отчет, включающий информацию об исходном диагнозе, окончательном диагнозе, рекомендуемом лечении для принятия застрахованным лицом решения о начале лечения.

7. Если отчет подтверждает наличие страхового случая по договору страхования, Застрахованное лицо информирует Страховщика/Сервисную компанию о своем решении в отношении начала лечения на территории Российской Федерации и за ее пределами исключая Соединенные Штаты Америки, после чего Страховщик/Сервисная компания готовит для Застрахованного отчет с указанием специалистов/лечебных учреждений, рекомендованных для лечения. Выбор лечебного учреждения Застрахованным лицом, из числа предложенных, должен быть осуществлен в течение периода, не превышающего 90 дней с момента предоставления отчета со списком специалистов/лечебных учреждений, рекомендованных для лечения, после этого срока отчет не считается действительным.

8. После выбора Застрахованным лицом лечебного учреждения, из числа рекомендованных, Страховщик/Сервисная компания организует необходимую медицинскую помощь в срок до 14-ти рабочих дней на территории РФ и в срок до 30-ти дней за пределами РФ, исключая США, с момента признания случая страховым и выдает предварительное медицинское свидетельство на получение медицинских услуг в соответствии с программой страхования в выбранном лечебном учреждении. В случае получения медицинской помощи согласно условиям предварительного медицинского свидетельства Страховщик/Сервисная компания, согласно покрытию, в рамках данной страховой программы, произведет оплату расходов в связи с лечением Застрахованного лица напрямую в медицинское учреждение (с учетом ограничений, исключений и условий, предусмотренных договором страхования).

9. Сервисная компания осуществляет визовую поддержку для Застрахованного лица, а также организацию проезда к месту лечения и проживание Застрахованного лица в период амбулаторного лечения в случае прохождения лечения за пределами РФ.



1.1. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Дистанционная медицинская консультация» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования) и договором страхования (далее – Договор страхования), заключенным в отношении Застрахованного лица, в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.

1.2. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. Врач - медицинский специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, имеющий в установленном действующим законодательством порядке право на осуществление медицинской деятельности и практикующий на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (при условии, если такие стандарт(-ы) и порядок(-ки) оказания медицинской помощи предусмотрены законодательством).

1.3.2. Второе дистанционное мнение - консультация Застрахованного лица, имеющего первое медицинское мнение, проводимая врачом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, представленной Застрахованным лицом, содержащейся в медицинских документах (в частности, в истории болезни и/или иных медицинских документах, содержащих первое медицинское мнение), без непосредственного общения с Застрахованным лицом.

1.3.3. Выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни - медицинский документ, содержащий информацию о заболеваниях, диагнозе Застрахованного лица, о назначенном и проведенном ему лечении.

1.3.4. Медицинская информация - информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача о наличии у Застрахованного лица заболеваний (первое медицинское мнение)), содержащаяся в медицинских документах, представленных Застрахованным лицом (в том числе, выписка из амбулаторной карты и/или истории болезни, документы, содержащие заключение врача, к которому Застрахованное лицо обращалось (первое медицинское мнение), данные гистологических, лабораторных и других исследований, проведенных Застрахованному лицу, сведения о назначенном Застрахованному лицу лечении) в целях предоставления второго дистанционного мнения.

1.3.5. Первичное медицинское заключение (первое медицинское мнение) - первичное заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза, выданное лечащим врачом или другими врачами, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении Застрахованного лица, на основании записей в медицинской документации либо по результатам медицинского обследования.

## **Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу**

2.1. Дистанционные медицинские консультации проводятся врачами, являющимися работниками медицинской(их) организации(й), осуществляющих медицинскую деятельность в

соответствии с законодательством Российской Федерации (также по тексту Программы – Медицинские(-ая) организации(-ия)).

Медицинская(-ие) организация(-ия) для оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, определяется(-ются) Страховщиком или сервисной компанией (если привлечена Страховщиком), и в течение действия Договора страхования может(могут) меняться.

Застрахованному лицу предоставляются дистанционные медицинские консультации по медицинским вопросам, непосредственно связанным со здоровьем Застрахованного лица.

## 2.2. Дистанционные медицинские консультации<sup>2</sup> включают в себя:

2.2.1. Дистанционные медицинские консультации в режиме реального времени (т.е. при непосредственном общении с Застрахованным лицом дистанционно с помощью технических средств связи) дежурного врача общей практики. Режим предоставления консультаций - 24 часа в сутки ежедневно. Во время проведения дистанционной медицинской консультации врач информирует о специалистах, к которым следует обратиться Застрахованному лицу для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

2.2.2. При этом наличие первичного медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного лица является необходимым и обязательным условием для получения второго дистанционного мнения.

Второе дистанционное мнение предоставляется врачом, назначенным по выбору Страховщика (сервисной компании, если привлечена Страховщиком), по итогам дистанционного рассмотрения и оценки первого медицинского мнения и иной медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, представленной Застрахованным лицом в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, без непосредственного общения с Застрахованным лицом и без физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом.

Второе дистанционное мнение содержит рекомендации и/или комментарии врача, касающиеся состояния здоровья Застрахованного лица, о котором составлено первое медицинское мнение, установленного в первом медицинском мнении диагноза Застрахованному лицу, комментарии и/или рекомендации в отношении выбранных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача, в том числе по плану лечения.

2.2.3. Предоставление медицинского заключения (письменных рекомендаций) по результатам дистанционной медицинской консультации в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

---

<sup>2</sup> Дистанционные медицинские консультации не являются основанием для выдачи официальных медицинских документов (лист нетрудоспособности, направление на госпитализацию и пр.), по их итогам не устанавливаются диагноз, не назначают и не корректируют ранее назначенное лечение.

3.1. Услуги, указанные выше в Разделе 2, предоставляются дистанционно (осуществляются без очного приема Застрахованного лица врачом) с использованием технических средств связи в порядке, предусмотренном настоящей Программой, а также информационными материалами и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальном на момент обращения.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованному лицу необходимо зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

3.3. Для получения услуг, предусмотренных п. 2.2 Программы, Застрахованному лицу необходимо предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше в п.3.1 (если предусмотрены).

3.4. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.2.2 Программы, Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации в личном кабинете в онлайн-ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе) о том, какую медицинскую информацию (в том числе, медицинские документы) необходимо представить для получения второго дистанционного мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица) представитель Страховщика (сервисной компании) имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте) для уточнения предоставленной информации и/или получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для получения второго дистанционного мнения.

3.5. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:

3.5.1. оказание услуги, предусмотренной п. 2.2.1 настоящей Программы, должно начаться в срок не позднее 15 минут с момента обращения Застрахованного лица. При этом длительность дистанционной медицинской консультации, предусмотренной п. 2.2.1 Программы, составляет не более 15 минут (если иная ее продолжительность не обусловлена характером обращения Застрахованного лица, решение о продолжительности в таком случае принимается врачом, оказывающим дистанционную медицинскую консультацию).

Медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам дистанционной медицинской консультации (п. 2.2.3 Программы), предусмотренной п. 2.2.1 настоящей Программы, направляется в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, не позднее 72 часов с момента оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2.1 Программы.

3.5.2. услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей Программы, должны быть оказаны в срок не позднее 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.4 настоящей Программы, кроме случаев, указанных в п. 3.5.3 настоящей Программы;

3.5.3. услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей Программы, могут быть оказаны в срок до 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.4 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго дистанционного мнения;

3.5.4. Медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам дистанционной медицинской консультации (п. 2.2.3 Программы), предусмотренной п. 2.2.2 настоящей Программы, направляется в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, в течение сроков оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, указанных в п.п. 3.5.2, 3.5.3 Программы.

#### Раздел 4. Исключения из страхования

По настоящей Программе не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхования):

4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. Обращение за оказанием услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом.

4.3. Обращение Застрахованного лица, находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, за оказанием услуг.

4.4. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг по вопросам не медицинского характера.

4.5. Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

4.5.1. с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

4.5.2. с любыми видами фобий;

4.5.3 с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

4.5.4. расстройствами сексуального характера.

4.6 Обращение Застрахованного лица за оказанием услуг в связи со следующими заболеваниями:

4.6.1. синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.6.2. туберкулезом;

4.6.3. заболеваниями, передающимися половым путем;

4.6.4. психическими заболеваниями и расстройствами, расстройствами поведения.

## Раздел 5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства)

По настоящей Программе предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства):

5.1. страховые выплаты не могут превышать суммы, установленной Договором страхования в отношении настоящей Программы;

5.2. после того, как стоимость всех организованных и оказанных Застрахованному лицу услуг составила размер суммы, установленный Договором страхования по страховому риску в отношении настоящей Программы, Страховщик не организует оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой, и не оплачивает обращения Застрахованного лица за организацией и оказанием таких услуг;

5.3. максимальное количество обращений за услугами, предусмотренными п. 2.2.2 Программы, - два раза в течение каждого года срока страхования, установленного в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Обращение по Программе ДМС», начиная с даты начала (включительно) такого срока страхования.

## **1. Общие положения**

1.1. ООО СК «Согласие Вита» (далее – Страховщик или Страховая компания) при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Персональная клиника» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.

1.2. По настоящей Программе Застрахованному лицу организуется предоставление медицинских и иных услуг дополнительно к услугам, предусмотренным программой обязательного медицинского страхования (далее - Программа ОМС).

1.3. Оказываемая Застрахованному медицинская помощь является расширением (дополнением) медицинских услуг, предусмотренных полисом обязательного медицинского страхования. Полный перечень медицинских и иных услуг определен в Программе.

## **2. Объем услуг**

2.1. **Дистанционные консультации**<sup>3</sup>, – онлайн консультации с Медицинским консультантом (далее -Медконсультант) 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;
- иная справочная медицинская информация.

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

Консультации осуществляются Медконсультантами 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 со здоровьем 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;
- случаев, указанных в разделе 3 настоящей Программы.

2.2. **Дистанционные онлайн-консультации**<sup>4</sup> с использованием онлайн-сервиса Сервисной-компании, проводимые врачами-консультантами Медицинских учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – РФ), перечень которых опубликован на сайте Сервисной компании, а именно:

---

<sup>3</sup> При оказываемой дистанционно медицинской консультации не выдаются официальные медицинские документы (лист нетрудоспособности, направление на госпитализацию и пр.), не устанавливается диагноз, не назначается и не корректируется ранее назначенное лечение (кроме случаев, когда это разрешено законодательством Российской Федерации).

<sup>4</sup> Услуга доступна с 1-го дня действия договора страхования

2.2.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом терапевтом, находящимся в данный момент в системе онлайн<sup>5</sup>. Телемедицинские консультации проводятся без ограничений по числу обращений в течение периода страхования по вопросам:

- состояния здоровья;
- результатов выполненных исследований;
- подготовки к планируемым исследованиям.

2.2.2. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

### **2.3. Амбулаторно-поликлиническая помощь.**

В рамках амбулаторно-поликлинической помощи предоставляются услуги, дополнительные к объему первичной врачебной медико-санитарной помощи, включенной в базовую Программу ОМС, оказываемые на амбулаторно-поликлиническом этапе в медицинской организации, выбранной Застрахованным после заключения договора страхования и подтверждения прикрепления, полученного от медицинской организации по заявлению Застрахованного о выборе медицинской организации в рамках обязательного медицинского страхования, а именно:

2.3.1. Услуга «Личный врач», включающая в себя:

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

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

- консультации по ведению здорового образа жизни, обучение и пропаганда здорового образа жизни;
- динамическое наблюдение Застрахованного;
- 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 без обязательного предварительного визита в клинику;
- организация необходимых по медицинским показаниям диагностических обследований по направлению лечащего врача в течение 10 (Десяти) рабочих дней после назначения;
- оформление следующей медицинской документации: санаторно-курортная карта, справки в бассейн, заключение о допуске к занятиям физической культурой за исключением пунктов раздела 3;
- 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».

2.3.2. Дистанционные консультации по инициативе Застрахованного после очного приема (консультации по результатам анализов, динамическое наблюдение, консультации по контролю применения назначенных лекарственных препаратов).

2.4. **Диагностические обследования** по направлению лечащего врача в сторонней медицинской организации по согласованию с Медконсультантом 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, указанные в п.2.3.1.2.

---

<sup>5</sup> Онлайн-консультация может проходить в видео/аудио-формате с дополнительным текстовым функционалом. Установленный лимит длительности консультации – 15 мин.

**2.5. Услуга «Второе мнение»** – консультация независимого врача-специалиста в профильной по данной нозологии медицинской организации по согласованию с Медконсультантом по медицинским показаниям в случае необходимости уточнения или подтверждения диагноза, если лечение не дает результатов по завершению прохождения назначенного курса лечения по данному диагнозу.

**2.6. 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:

- содействие в организации экстренной госпитализации по медицинским показаниям в профильный по данной нозологии стационар (по полису обязательного медицинского страхования), подбор лучших вариантов госпитализации исходя из состояния Застрахованного;
- пребывание в 2-3 местной палате (при наличии возможностей улучшения условий пребывания в дополнение к лечению в рамках программы ОМС в данном стационаре);
- курация в стационаре Медконсультантами с момента госпитализации до выписки.

**2.7. 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.

**2.8. Плановая госпитализация** – 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:

- организация плановой госпитализации по медицинским показаниям в профильный по данной нозологии стационар (по полису обязательного медицинского страхования), подбор лучших вариантов госпитализации;
- пребывание в 2-х или 3-х местной палате (при наличии в данном стационаре);
- курация в стационаре Медконсультантами с момента госпитализации до выписки.

**2.9. Консультации во время госпитализации врачей высшей квалификации** по медицинским показаниям, в том числе приглашенных (по согласованию с Лечебным учреждением).



2.10. **Помощь на дому** - оказывается врачом-терапевтом Застрахованному, который по состоянию здоровья, характеру заболевания не может посетить медицинскую организацию, нуждается в постельном режиме и наблюдении врача, в пределах административных границ города проживания. При отсутствии возможности оказания данной услуги в медицинской организации, выбранной Застрахованным для прикрепления, Сервисная компания организует и оплачивает оказание услуги своими силами.

#### 2.11. Услуги по организации медицинской помощи:

2.11.1. Медконсультант в режиме 24/7 осуществляет сервисное сопровождение и маршрутизацию Застрахованного, в том числе организацию приема врачей-специалистов, диагностических обследований и лечения по направлению лечащего врача в рамках Программы в согласованное время;

2.11.2. 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.

2.11.3. Предоставление результатов лабораторных исследований через личный кабинет Застрахованного при возможности конкретной медицинской организации.

2.11.4. Консультации психолога, связанная с расстройством здоровья Застрахованного (по предварительной записи).

### 3. Исключения из Программы

3.1. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием нижеуказанных услуг и, следовательно, Страховщик не организует и не производит оплату таких услуг (исключения из страхования):

- любые медицинские и иные услуги, не предусмотренные настоящей Программой;
- обследование без медицинских показаний по желанию Застрахованного, обследование по рекомендации врачей сторонних медицинских организаций без направления по форме 057у;
- услуги по оформлению справок на ношение оружия, на право вождения автомобиля, заключения о состоянии здоровья по форме 086/у для загранкомандировок, для трудоустройства, для получения кредита в банке;
- диагностические и лечебные мероприятия в связи с косметическими дефектами лица, тела, конечностей;
- любые виды стоматологической помощи;
- лечебные и диагностические манипуляции, выполняемые вне обострения заболевания;
- консультации и обследования, связанные с планированием семьи, внутриматочная контрацепция, дородовое наблюдение, диагностика и лечение бесплодия;
- комплексные иммунологические и аллергологические исследования;
- профилактическая вакцинация сверх календаря профилактических прививок.

3.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг в связи с нижеуказанными заболеваниями, и, следовательно, Страховщик не организует и не производит оплату таких услуг (исключения из страхования):

- онкологические заболевания (включая доброкачественные со злокачественным течением) и гемобластозы;
- заболевания, ставшие причиной инвалидности у пациента;
- врожденные пороки (аномалии) развития и наследственной патологии; системные заболевания соединительной ткани, коллагенозы, рассеянный склероз; заболевания, требующие проведения трансплантации, протезирования; хроническая почечная

недостаточность; туберкулез, бронхиальная астма, саркоидоз - независимо от клинической формы и стадии процесса; эпилепсия и эпилептиформный синдром;

- 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;
- заболевания, передающиеся половым путем, венерические заболевания;
- сахарный диабет и его осложнения, остеопороз, прочие нарушения обмена веществ.

#### **4. Порядок предоставления услуг**

4.1. Для получения услуг в рамках настоящей Программы Застрахованный должен:

4.1.1. выбрать лечебное учреждение, к которому хочет быть прикреплен, из списка, который получает вместе с Договором страхования и прикрепиться (пройти активацию) путём отправки на электронный адрес Сервисной компании и личном предоставлении в лечебное учреждение документов, указанных в Памятке. Памятку Застрахованный получает вместе с Договором страхования;

4.1.2. после прохождения активации и прикреплении к лечебному учреждению Застрахованный на Интернет-ресурсе Сервисной компании может направлять запрос на оказание услуг, связываться с Медконсультантом, врачом терапевтом, 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.

4.1.3. Организация обслуживания Застрахованного в рамках Программы проходит через Медконсультанта.

**4.2. Для получения срочной онлайн-консультации с дежурным врачом терапевтом:**

4.2.1. застрахованный связывается с Медконсультантом.

4.2.2. Медконсультант уточняет причину обращения и соединяет со свободным дежурным врачом терапевтом и начинается онлайн-консультация;

4.2.3. по результатам онлайн-консультации врач-педиатр/терапевт направляет письменное заключение в «Личный кабинет» Застрахованного с перечнем всех рекомендаций.

**4.3. Для получения услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе** (п. 2.3 и 2.4. настоящей Программы) Застрахованный должен быть прикреплен к одной из медицинских организаций из списка лечебных учреждений, который получает вместе с Договором страхования (полный список медицинских организаций по городам доступен на сайте Страховщика), по заявлению о выборе медицинской организации в рамках обязательного медицинского страхования.

Для прикрепления к медицинской организации Застрахованному необходимо:

4.3.1. заполнить Заявление на прикрепление к выбранной медицинской организации, которое Застрахованный получает вместе с Договором страхования.

4.3.2. выслать скан-копии заявления на прикрепление и иных документов, указанных в Памятке к Договору страхования, на электронный адрес, указанный в Памятке.

4.3.3. за три рабочих дня до посещения для прикрепления медицинской организации оповестить Медконсультанта через Интернет-ресурс Сервисной компании о выбранной медицинской организации.

При возникновении вопросов по прикреплению к медицинской организации Застрахованный может связаться с Медконсультантом, который сможет проконсультировать Застрахованного с порядком и условием прикрепления по ОМС.

4.3.4. Получение услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе (п.2.3 и 2.4 настоящей Программы) возможно только после подтверждения прикрепления от медицинской организации по заявлению Застрахованного о выборе медицинской организации в рамках обязательного медицинского страхования.

4.4. **Диагностические обследования** по медицинским показаниям по направлению лечащего врача проводятся в течение 10 (Десяти) рабочих дней после назначения. Услуги могут быть оказаны позже, исходя из медицинской целесообразности, или по желанию/возможности Застрахованного.

4.5. 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 Медконсультантом.

4.6. Для получения дистанционной консультации после очного приема (консультации по результатам анализов, динамическое наблюдение, консультации по контролю применения назначенных лекарственных препаратов), Застрахованный должен связаться с Медконсультантом. Медконсультант уточнит причину обращения, даст рекомендации Застрахованному какие еще дополнительные дообследования необходимо провести, проинформирует к каким специалистам следует обратиться, предоставит иную подобную информацию. В случае необходимости повторного визита к врачу будет произведена запись на прием в согласованное время.

4.7. Запись к врачам узкой специализации (лор, офтальмолог, хирург, уролог, гинеколог) без обязательного визита к личному врачу может быть осуществлена через Медконсультанта. Направление на консультацию может быть получено по результатам телемедицинской консультации с личным врачом.

4.8. Для получения услуги «Второе мнение» Застрахованный должен связаться с Медконсультантом.

– Консультация независимого врача-специалиста в профильной по данной нозологии медицинской организации может быть оказана по медицинским показаниям и направлению лечащего врача. Застрахованный по запросу Медконсультанта должен предоставить необходимую для организации консультации медицинскую документацию. В случае необходимости Медконсультант оказывает содействие в получении необходимой медицинской документации.

4.9. При необходимости получения услуг экстренной госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, могут обратиться к Медконсультанту. Медконсультант запросит у бригады СМП возможные варианты госпитализации, которые получены бригадой в рамках обязательного медицинского страхования по городскому распределению дежурных стационаров, поможет подобрать профильный по данному диагнозу стационар в рамках ОМС, который при наличии мест способен обеспечить необходимую медицинскую помощь исходя из состояния Застрахованного.

4.10. Плановая госпитализация организуется только Медконсультантом на основании следующей документации: направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Медконсультант 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 Застрахованного. В случае необходимости Медконсультант оказывает содействие в получении необходимой медицинской документации.

4.11. Курация в стационаре при экстренной и плановой госпитализации осуществляется Медконсультантами с момента госпитализации до выписки из стационара по телефону. Медконсультант связывается с лечащим врачом с целью контроля и наблюдения за ходом лечения, в случае необходимости, согласовывает план лечения. Медконсультант связывается

с Застрахованным (в случае необходимости до 2-х-3-х раз в день) с целью контроля состояния и удовлетворенности Застрахованного.

4.12. При необходимости получения услуг экстренной медицинской помощи на территории России Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться к Медконсультанту.

4.13. При необходимости вызова врача на дом, Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться к Медконсультанту. При вызове врача на дом до 12:00 по местному времени визит осуществляется в день вызова. При вызове врача после 12:00 визит врача может быть организован на следующий день.

4.14. При обращении за консультацией психолога, Застрахованный связывается с Медконсультантом. Медконсультант уточняет желаемое время и дату консультации у Застрахованного, сверяется с расписанием психолога, согласовывает время и дату записи с Застрахованным и договаривается с ним о способе подтверждения записи: в чате, аудио-/видеосвязь (при нахождении Застрахованного на Платформе), звонком на номер мобильного телефона Застрахованного лица;

- После записи Медконсультант свяжется с Застрахованным согласованным способом и предоставит информацию о дате и времени проведения телемедицинской консультации;
- За 10 (Десять) минут до назначенной консультации Застрахованному на мобильный телефон поступит напоминание в виде пуш-уведомления;
- В назначенное для телемедицинской консультации время находиться в Интернете онлайн, не прерывать вызов;
- После соединения Медконсультант осуществит перевод Застрахованного на психолога;
- После соединения Психолог проконсультирует Застрахованного.

## **5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства)**

Настоящей Программой предусмотрены следующие лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства): страховые выплаты за весь срок страхования не могут превышать предельной суммы, установленной Договором страхования для данной Программы; после того, когда стоимость организации и оказания медицинских и/или иных услуг составила размер предельной суммы, Страховщик не организует и не оплачивает оказание услуг, предусмотренных настоящей Программой.

## Программа добровольного медицинского страхования №1.8. «Генетическое тестирование»

### 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Согласие Вита») при наступлении страхового случая организует оказание медицинских и иных услуг в порядке и объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования «Генетическое тестирование» (далее также – Программа) в соответствии с условиями, предусмотренными Комбинированными правилами страхования «Вита СуперДок» (далее – Правила страхования или Правила) и договором страхования (далее – Договор страхования или Договор), заключенным в отношении Застрахованных (-ого) лиц (-а), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и настоящей Программой.
- 1.2. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации (территория оказания услуг).

### 2. Определения. Объем услуг

- 2.1. **Генетический тест** - это определение индивидуальных генетических характеристик и возможной предрасположенности к заболеваниям на основании исследования ДНК.
- 2.2. **ЛПУ** - лечебно-профилактическое и иное медицинское учреждение, осуществляющее медицинскую деятельность.
- 2.3. В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят услуги, в отношении которых соблюдаются следующие условия:
- 2.4. возможность обратиться за оказанием согласованных услуг, указанных в п.2.4 настоящей Программы, в течение 3 (трех) месяцев с даты начала действия Программы. В случае, если Застрахованное лицо не обращается по программе в течение указанного срока, то услуга считается оказанной. Услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:
  - 2.4.1. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

Нутригенетика, 18 ген	1 обращение за срок действия Программы
-----------------------	--

- 2.4.2. Предоставление Застрахованному лицу заключения (в устной и письменной форме) и разъяснений по результатам обследования, проведенного согласно п. 2.4.1 настоящей Программы.

### 3. Порядок оказания услуг

- 3.1. Застрахованное лицо в целях получения услуг по Программе обращается в Сервисную компанию.
- 3.2. Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о том, какую информацию он должен представить для отправки ему курьерской доставки с индивидуальным контейнером для забора материала ДНК. При этом после предоставления Застрахованным лицом информации представитель Сервисной компании имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте), для уточнения предоставленной информации и (или) получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для формирования запроса на проведение медицинского обследования.
- 3.3. После получения от Застрахованного лица всей необходимой информации, предусмотренной в п. 3.2 Программы, Сервисная компания направляет контейнер для забора материала по средствам курьерской службы для оказания услуг, предусмотренных в п. 2.4 настоящей Программы.
- 3.4. Застрахованное лицо производит забор материала, используя подробную инструкцию на индивидуальном контейнере и осуществляет повторное обращение в курьерскую службу Сервисной компании для отправки материала на исследование.
- 3.5. Срок предоставления результатов исследования 14 (четырнадцать) рабочих дней.

### 4. Основания отказа в страховой выплате

- 4.1. Страховщик имеет право отказать в организации и/или оплате оказанных услуг по следующим основаниям:

- количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования (настоящей Программой). Страховщик отказывает в части превышающий лимит ответственности;
- обращение за оказанием медицинских и иных услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);
- за оказанием медицинских и иных услуг обратилось лицо, не являющееся Застрахованным лицом по договору страхования;
- обращения за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

Перечень смертельно опасных заболеваний<sup>6</sup>

Статья	Наименование Смертельно опасных заболеваний	Определение Смертельно опасных заболеваний
1	<b>РАК</b>	<p>Первичное новообразование, морфологически (гистологически) определенное, как злокачественное, характеризующееся неконтролируемым ростом и способностью к метастазированию (распространением злокачественных клеток из первичного очага в здоровые ткани).</p> <p>Диагноз рака должен быть подтвержден путем предоставления результатов гистопатологического анализа.</p> <p>В определение «Рак» в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркому.</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>а) Злокачественные опухоли кожи и меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень T3N(0)M(0) по международной классификации TNM;</i></li> <li><i>б) Рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a и T1b) по классификации TNM;</i></li> <li><i>в) Карцинома in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как предраковые заболевания;</i></li> <li><i>г) Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;</i></li> <li><i>д) Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации RA1);</i></li> <li><i>е) Папиллярный рак щитовидной железы;</i></li> <li><i>ж) Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически описанный, как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;</i></li> <li><i>з) Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).</i></li> </ul>
2	<b>ИНФАРКТ МИОКАРДА</b>	<p>Остро возникший некроз (омертвление) части сердечной мышцы вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровотока (недостатка кровоснабжения).</p> <p>Инфаркт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом при обязательном наличии всех нижеследующих симптомов (признаков):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) присутствие типичных болей в грудной клетке, характерных для инфаркта миокарда;</li> <li>б) вновь возникшие (новые) изменения на электрокардиограмме, характерные для инфаркта миокарда;</li> </ul>

<sup>6</sup> В Договоре страхования Стороны могут исключить/изменить отдельные положения из данного Перечня.

		<p>в) диагностически значимое увеличение кардиальных ферментов в крови, характерных для повреждения клеток миокарда (АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК), тропонинов или других биохимических маркеров;</p> <p>г) подтвержденное снижение функции левого желудочка, например – снижение фракции выброса левого желудочка или значительная гипокинезия, акинезия или аномалии движения стенки, обусловленные инфарктом миокарда.</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <p>а) <i>Инфаркт миокарда только с увеличением показателей Тропонина I или T в крови без изменения сегмента ST;</i></p> <p>б) <i>Стабильная/нестабильная стенокардия.</i></p>
3	<b>ИНСУЛЬТ</b>	<p>Острое нарушение мозгового кровообращения вследствие нарушения или полного прекращения кровообращения в участке мозгового вещества (ишемический инсульт) или кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки (геморрагический инсульт). Инсульт должен привести к впервые возникшим стойким необратимым нарушениям функций организма.</p> <p>Оценка нарушения функций может быть произведена не ранее, чем через 3 месяца после инсульта. Инсульт должен быть впервые диагностирован в течение срока страхования. Диагноз должен быть подтвержден врачом-специалистом, инструментальными методами исследования, такими как компьютерная томография (КТ) и/или магнитно-резонансная томография (МРТ).</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <p>а) <i>Транзиторная ишемическая атака;</i></p> <p>б) <i>Церебральные изменения как следствие неврологического дефицита, мигрени, гипоксии или травмы;</i></p> <p>в) <i>Травматическое повреждение головного мозга или сосудов головного мозга;</i></p> <p>г) <i>Лакунарные инсульты без неврологической симптоматики.</i></p>
4	<b>АОРТКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ</b>	<p>Перенесение по рекомендации кардиохирурга операции аортокоронарного шунтирования (операция прямой реваскуляризации миокарда открытым доступом, заключающимся в наложении анастомозов между аортой и участком пораженной коронарной артерии) с целью коррекции стеноза или окклюзии одной или нескольких коронарных артерий.</p> <p>Необходимость проведения и проведение операции должны быть подтверждены врачом-специалистом и методом коронарной ангиографии.</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются все нехирургические методы воздействия (вмешательства), в том числе: эндоскопические манипуляции, ангиопластика, стентирование, лечение лазером и прочие интраартериальные техники.</i></p>
5	<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ</b>	<p>Перенесение в качестве реципиента трансплантации сердца, легкого, печени, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), костного мозга, почки.</p> <p>Перенесение трансплантации должно быть обусловлено финальной стадией недостаточности указанных в определении органов, генетическими и метаболическими заболеваниями.</p>



		<p>Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены врачом-специалистом.</p> <p>Случаи одновременной пересадки нескольких из указанных в определении органов считаются в целях настоящего страхования одной трансплантацией.</p> <p><i>В рамках действия Правил страхования из определения «Смертельно опасного заболевания» исключаются:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>а) Трансплантация костного мозга, осуществленная после проведения Застрахованному, полного курса лучевой терапии;</i></li> <li><i>б) Пересадка других органов, а также частей органов или тканей;</i></li> <li><i>в) Проведение трансплантации в целях, когда Застрахованный выступает донором.</i></li> </ul>
6	<b>НЕЙРОХИРУРГИЯ</b>	<p>Нейрохирургические операции на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга.</p> <p>Необходимость проведения и проведение операции должны быть подтверждены врачом-специалистом и методом радиологической диагностики.</p>