

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом
Общества с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Сбербанк страхование жизни»
от 10.10.2023 № Пр/215

ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ № 0058.СЛ.05.00

1. Общие положения

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил страхования № 0058.СЛ.05.00 (далее по тексту – «Правила страхования» или «Правила») Страховщик заключает со Страхователями Договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту «Договор (-ы) страхования»).

1.2. Условия, содержащиеся в Правилах страхования (в т.ч. Приложениях к ним (если применимо(-ы) к Договору страхования)) и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил страхования и сами Правила страхования (в т.ч. Приложение (-я) к ним (если применимо(-ы) к Договору страхования)) приложены к нему. Вручение Страхователю Правил страхования (в т.ч. соответствующих Приложений к ним) при заключении Договора страхования удостоверяется записью в Договоре страхования.

При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик (далее также совместно именуемые по тексту «Стороны») могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования (в том числе Приложений к ним) или о дополнении настоящих Правил страхования, включая Приложений к ним (согласно п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее также – ГК РФ). Если Приложение к Правилам страхования не применяется при осуществлении страхования по конкретному Договору страхования, то оно может не вручаться Страхователю. При изменении / исключении отдельных положений, которые содержатся в Приложениях к Правилам страхования, такие Приложения применяются в измененном виде.

1.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, и (или) маркетинговые названия совокупности страховых рисков с объединением их в программы страхования, а также вправе утверждать разработанные на основании настоящих Правил условия страхования (программы страхования), в т.ч. с присвоением им маркетинговых названий, для отдельного Договора страхования или группы Договоров страхования в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

1.4. В настоящих Правилах страхования используются следующие определения

1.4.1. **Агрегатная страховая сумма** – страховая сумма, размер которой установленный при заключении Договора страхования, уменьшается на размер суммы страховых выплат осуществленных Страховщиком по всем страховым случаям по соответствующему(-им) страховому(-ым) риску(-ам), по которому(-ым) установлена такая страховая сумма, в течение всего срока действия Договора страхования (если страховая сумма установлена на весь срок действия Договора) /в течение соответствующего полисного года (если страховая сумма установлена отдельно на каждый полисный год).

1.4.2. **Болезнь (заболевание)** – возникшее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма, не вызванное несчастным случаем, диагностированное на основании объективных симптомов.

1.4.3. **Состояние** – совокупность параметров, процессов, характеристик, явлений (проявлений), симптомов (синдромов), диагнозов, возникающих в связи с воздействием патогенных и/или физиологических факторов, зафиксированных врачом-специалистом (консилиумом врачей (когда применимо)) на основании обращения(-ий), интерпретации результатов медицинского осмотра (освидетельствования), собранного анамнеза, проведенных(-ого) исследований (обследования) в (за) определенный момент (интервал) времени, отражающих наличие отклонения(-й) от нормы, болезни (патологии) организма, органа, ткани у Застрахованного лица и требующих проведения Застрахованному лицу хирургического вмешательства;

1.4.4. **Врач-специалист** – специалист с окончанным высшим медицинским образованием, получивший послевузовское образование в области специализации, практикующий в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющий соответствующую квалификацию в соответствующей области медицины.

1.4.5. **Дата страхового случая** -- дата обращения Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую и/или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования и согласованных Страховщиком за организацией и/или оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования;

1.4.6. **Лимит ответственности (лимит страхового обязательства)** – максимальный размер страховой выплаты в пределах страховой суммы, установленный Правилами страхования и(или) Договором страхования (в т.ч. в программе добровольного медицинского страхования, указанной в Договоре страхования). Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (т.е. по количественным показателям медицинских услуг, койко-дней и т.п.) в том числе по отдельным видам медицинских и иных услуг и (или) профилактических мероприятий, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям.

1.4.7. **Под медицинскими услугами и иными услугами** в настоящих Правилах страхования (включая приложения) понимаются:

1.4.7.1. **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 применимой Программе ДМС по соответствующему страховому риску. В частности, по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** к медицинским услугам, в т.ч. может относиться (если предусмотрено применимой Программой ДМС) предоставление Застрахованному лицу медикаментов, под которыми понимаются лекарственные средства, выписанные ему врачом в соответствии с назначенным лечением критического заболевания (исключая любые пищевые добавки, лечебное питание при амбулаторном лечении, укрепляющие/тонизирующие средства, витамины, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, добавки для ванн) в случаях и в объеме, предусмотренных применимой Программой ДМС (далее также – «обеспечение медикаментами»);

1.4.7.2. **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, по проживанию Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг (если они оказываются амбулаторно и вне места его постоянного проживания), услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица в период оказания медицинских услуг, услуги по оформлению и предоставлению медицинской документации, 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 применимой Программе ДМС по соответствующему страховому риску.

1.4.8. 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, 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;

1.4.9. Под **«иными организациями»** в настоящих Правилах страхования (включая Приложения) понимаются:

1.4.9.1. организации, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие в порядке, предусмотренном действующим законодательством фармацевтическую деятельность и (или) реализующие изделия медицинского назначения (в т.ч. аптечные организации);

1.4.9.2. специализированные организации, привлекаемые Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (далее по тексту также – «**сервисные компании**» или «**асисстанс-компании**»).

1.4.10. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.4.11. **Первое медицинское мнение** - первичное заключение о наличии у Застрахованного лица заболевания, вынесенное врачом-специалистом, практикующим в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющим соответствующую квалификацию в области медицины, в которой было вынесено такое заключение.

1.4.12. **Программа добровольного медицинского страхования (Программа ДМС)** – документ, прилагающийся к Договору страхования и предусматривающий объем (перечень (виды)) медицинских и иных услуг, оказание которых Страховщик организует и оплачивает при наступлении страхового случая по соответствующему страховому риску, порядок организации (в т.ч. предварительного согласования (если применимо)) и оказания таких услуг, а также иные положения (в т.ч. условия, предусмотренные настоящими Правилами страхования и/или Договором страхования).

1.4.13. **Платежное поручение** – документ, сформированный кредитной организацией, осуществившей перевод денежных средств, по факту оплаты страховой премии / первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку), который остается у нее на хранении. Платежное поручение заполняется по правилам, установленным кредитной организацией в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.4.14. **Полисный год** – полный год действия Договора страхования. Отсчет лет ведется с даты вступления Договора страхования в силу.

1.4.15. **Срок страхования** – период времени, определяемый Договором страхования, при наступлении страховых случаев в течение которого у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами страхования и Договором страхования. Если Договором страхования для разных страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц по одному и тому же страховому риску предусмотрены различные сроки страхования, то применительно к конкретному страховому риску и/или в отношении конкретного Застрахованного лица под сроком страхования понимается срок страхования, установленный Договором страхования для такого страхового риска и/или в отношении такого Застрахованного лица.

1.4.16. **Страховая сумма** - денежная сумма, установленная Договором страхования, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.4.17. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

1.4.18. **Страховой взнос** – часть страховой премии, уплачиваемой в рассрочку, в соответствии с условиями Договора страхования.

1.4.19. **Период уплаты страховых взносов** – установленный Договором страхования, предусматривающим уплату страховой премии в рассрочку, период времени, в течение которого подлежат уплате страховые взносы с периодичностью, в размере и сроки, предусмотренные таким Договором страхования. При этом Договором страхования могут быть предусмотрены случаи досрочного прекращения периода уплаты страховых взносов.

1.4.20. **Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

1.4.21. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

1.4.22. **Территория оказания медицинских и/или иных услуг** (также может именоваться «территория оказания услуг») – государство (-а), на территории которого (-ых) Страховщик в рамках медицинского страхования обязуется организовать оказание медицинских и/или иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску, в т.ч. в соответствии с законодательством которого(-ых) оказывают медицинскую помощь привлеченные медицинские организации и/или врачи-специалисты (если согласно Программе

ДМС услуги оказываются Застрахованному лицу без очного приема (в частности, в дистанционно)).

1.5. Программами добровольного медицинского страхования, являющимися приложениями к Правилам страхования, могут быть предусмотрены дополнительные определения, не указанные в настоящем разделе. Стороны вправе придать иное значение определениям, содержащимся выше в п. 1.4 настоящих Правил страхования, а также установить дополнительные определения, закрепив это в Договоре страхования (включая приложения к нему), если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.6. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страхование, обусловленное Договором страхования, действует 24 часа в сутки.

1.7. Территория оказания услуг определяется Договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску) и может различаться для каждого (отдельных) страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц

1.8. Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) при заключении Договора страхования или при принятии решения об осуществлении страховой выплаты по такому Договору страхования (с учетом того, что применимо) в следующем порядке:

1.8.1. устанавливается лицо, чьи имущественные интересы следует проверить;

1.8.2. анализируются имеющиеся у Страховщика и, при необходимости, запрашиваются недостающие сведения и/или документы в объеме, достаточном для установления наличия/отсутствия имущественного интереса и не противоречащем законодательству Российской Федерации и настоящими Правилами страхования.

1.9. 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) Договором страхования. Денежные обязательства Сторон могут быть установлены в следующей иностранной валюте (в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в следующей иностранной валюте): доллары США или, по соглашению Сторон, иная иностранная валюта.

2. Объекты страхования. Субъекты страхования

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и/или лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг при наступлении страхового случая 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 (также по тексту Правил страхования и Договора страхования (включая приложения к ним) – «**медицинское страхование**»).

2.2. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование жизни» (ООО СК «Сбербанк страхование жизни»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее деятельность по страхованию на основании полученной в установленном порядке лицензии.

2.3. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.4. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования. Договор страхования, может быть, заключен в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц.

2.5. **Выгодоприобретатель** – Застрахованное лицо(-а), в пользу которого(-ых) заключен Договор страхования.

2.6. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае (или для определенной категории Застрахованных лиц) перед заключением Договора страхования произвести оценку страхового риска любым способом по усмотрению Страховщика. По результатам оценки страховых рисков Страховщик вправе рассмотреть вопрос о применении индивидуальных андеррайтерских решений, влекущих применение поправочных коэффициентов и/или изменение условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам страхования.

3. Страховые риски. Страховые случаи

3.1. Договоры страхования в соответствии с настоящими Правилами страхования могут быть заключены по страховому(-ым) риску(-ам) из числа следующих:

3.1.1. Обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Лечение злокачественного новообразования (рака)» (также может именоваться **«лечение злокачественного новообразования (рака)»**).

Страховым случаем (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами/или Договором страхования) является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации и оказания медицинских и иных услуг, вследствие диагностирования Застрахованному лицу злокачественного новообразования (рак) впервые в течение срока страхования, и требующего организации и оказания таких услуг в объеме, предусмотренном соответствующей Программой ДМС применимой к Договору страхования:

- Программа добровольного медицинского страхования «Лечение злокачественного новообразования (рака)» (вариант "Взрослая расширенная") (Приложение № 1 к Правилам страхования);

- Программа добровольного медицинского страхования «Лечение злокачественного новообразования (рака)» (вариант "Взрослая базовая") (Приложение № 2 к Правилам страхования);

- Программа добровольного медицинского страхования «Лечение злокачественного новообразования (рака)» (вариант "Для лиц 65+") (Приложение № 3 к Правилам страхования);

- Программа добровольного медицинского страхования «Лечение злокачественного новообразования (рака)» (вариант "Детская") (Приложение № 4 к Правилам страхования).

3.1.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение», вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг (также может именоваться **«второе экспертное медицинское мнение»**).

Страховым случаем (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами и/или Договором страхования) является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации оказания Застрахованному лицу таких услуг и их оплате в объеме, предусмотренном Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение» (Приложение №5 к Правилам страхования) применимой к Договору страхования.

3.1.3. Обращение Застрахованного лица для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования «Чек-ап», направленных на сохранение и укрепление здоровья (профилактику) с целью снижения степени опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их (также может именоваться **«чек-ап»**).

Страховым случаем (с учетом определений и исключений из страхового покрытия, установленных настоящими Правилами) и/или Договором страхования) является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования для организации и оказания медицинских услуг и иных услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья (профилактику) с целью снижения степени опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их в объеме,

предусмотренном соответствующей Программой ДМС применимой к Договору страхования из числа:

- Программа добровольного медицинского страхования «Чек-ап» вариант «Стандартный» (Приложение № 6 к Правилам страхования);
- Программа добровольного медицинского страхования «Чек-ап» вариант «Расширенный» (Приложение № 7 к Правилам страхования).

3.2. Перечень страховых рисков, на случай наступления которых производится страхование, указывается в Договоре страхования. При этом в отношении разных Застрахованных лиц Договором страхования может быть предусмотрено страхование по различным страховым рискам, из числа предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.3. По страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** не признаются страховыми случаями **(исключения из страхового покрытия)** следующие события:

3.3.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по страховому риску «лечение злокачественного новообразования (рака)»;

3.3.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

3.3.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с болезнями и (или) состояниями, вызванными злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических и других психоактивных веществ;

3.3.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;

3.3.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)» и (или) не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для обследования или лечения злокачественного новообразования;

3.3.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг медицинских услуг, направленных на первичное диагностирование с целью определения диагноза - распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)»;

3.3.7. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/организациями страны проведения лечения;

3.3.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), 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 применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)» и в соответствии с ее условиями;

3.3.9. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

3.3.10. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием в связи с расстройством здоровья, наступившим во время отбывания наказания в виде лишения, ограничения свободы, содержания под стражей.

3.4. По страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»** не признаются страховыми случаями **(исключения из страхового покрытия)** следующие события:

3.4.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение»;

- 3.4.2. обращение Застрахованного лица за организацией медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение», если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение);
- 3.4.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг в медицинские и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.
- 3.5. По страховому риску **«чек-ап»** не признаются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) следующие события:
- 3.5.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС «Чек-ап»;
- 3.5.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не согласованных со Страховщиком;
- 3.5.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.
- 3.6. События, определенные в п.п. 3.3–3.5 настоящих Правил (с учетом того, что применяется к Договору страхования), не являются страховыми случаями (**исключения из страхового покрытия**) и в связи с этим не влекут за собой возникновение у Страховщика обязательств осуществить страховую выплату (в т.ч. путем организации оказания и оплаты медицинских и/или иных услуг (применительно к медицинскому страхованию)).
- 3.7. По соглашению между Страхователем и Страховщиком в Договоре страхования может быть предусмотрен перечень исключений из страхования, отличающийся от указанного в п.п. 3.3 - 3.5 настоящих Правил страхования (в т.ч. с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации (при наличии)), и Стороны вправе предусмотреть положения, отличные от предусмотренных, и (или) сократить перечень исключений из страхового покрытия и (или) дополнить его иными исключениями из страхования.

4. Порядок определения страховой суммы, страхового тарифа и страховой премии

- 4.1. Страховая сумма или способ (порядок) ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.
- 4.2. Страховая сумма может устанавливаться отдельно по каждому страховому риску и / или в виде единой суммы по определенным страховым рискам, в т.ч. объединенным в соответствующую программу страхования.
- 4.3. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, страховые суммы являются агрегатными.
- 4.4. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях, а в случаях, не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации, – в иностранной валюте. При установлении страховой суммы в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, сумма в рублях устанавливается по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования, если Договором страхования не определен иной курс и (или) иная дата его установления.
- 4.5. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон. Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов. Страховой тариф устанавливается на основании базовых тарифных ставок, зависящих от пола и возраста Застрахованного лица, объема предоставляемого покрытия, перечня страховых рисков, периодичности уплаты страховой премии. При этом, в зависимости от факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая (в частности, профессии / профессиональной деятельности / роде занятий, увлечениях и занятии спортом, образе жизни, состояния здоровья Застрахованного лица, а также его родственников, места временного и постоянного пребывания, перечня исключений из страхового покрытия, территории оказания медицинских и/или иных услуг) и иных факторов,

имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты.

4.6. Страховая премия может оплачиваться одновременно или в рассрочку в виде страховых взносов в размере и сроки, установленные Договором страхования.

4.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, то при ненадлежащей оплате (не вовремя или не в полном объеме) страховой премии (первого страхового взноса) 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) в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя, если иной порядок для возврата (в т.ч. срок) не предусмотрен соглашением Сторон.

При этом, если оплата производилась в рублях:

4.7.1. возврат денежных средств производится в рублях;

4.7.2. если страховая премия (ее часть) установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

4.8. При неоплате очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в полном размере и в сроки, предусмотренные Договором страхования, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования в полном объеме. При этом Договор страхования считается расторгнутым (прекращенным досрочно) в соответствии с настоящими Правилами страхования и заключения отдельного соглашения Сторон не требуется. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередных страховых взносов (согласно п. 7.7 настоящих Правил).

4.9. При оплате страховой премии в рассрочку Страховщик:

- обязан уведомлять Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса, в т.ч. об оплате его не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным в Договоре страхования;

- вправе уведомлять Страхователя о необходимости произвести оплату очередного (-ых) страхового (-ых) взноса (-ов).

При этом уведомления, направленные Страхователю (кроме Страхователя-юридического лица) посредством СМС-сообщений на номер мобильного телефона согласно документам, указанным в п. 5.7 настоящих Правил, рассматривается Сторонами как надлежащие уведомления и считаются сделанным в письменной форме.

4.10. Если иное не предусмотрено Договором страхования датой оплаты страховой премии (страхового взноса) является:

4.10.1. при безналичных формах расчетов:

- обязательства Страхователя перед Страховщиком по оплате страховой премии (страхового взноса) считаются исполненными в сумме, указанной в распоряжении о переводе денежных средств, с момента подтверждения его исполнения обслуживающей Страхователя кредитной организацией (дата оплаты страховой премии (страхового взноса)), если Страхователем является физическое лицо;

- дата зачисления денежных средств на корреспондентский счет кредитной организации, обслуживающей Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживают разные кредитные организации;

- дата зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, если Страхователь - юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, при этом Страховщика и Страхователя обслуживает одна и та же кредитная организация.

4.10.2. при наличных формах расчетов - дата внесения платежа в кассу Страховщика или получение денежных средств уполномоченным представителем Страховщика.

5. Порядок заключения, изменения и исполнения Договора страхования

5.1. Договор страхования может заключаться одним из следующих способов:

5.1.1. путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами (в том числе на основании письменного заявления Страхователя). Таким документом может быть страховой полис по установленной Страховщиком форме.

5.1.2. 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, или заключение Договора в виде электронного документа (обмена электронными документами) посредством подписания электронными подписями Сторон или иным способом в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.1.3. путем вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции) на бумажном носителе, подписанного Страховщиком, на основании устного или письменного заявления Страхователя. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 Гражданского кодекса Российской Федерации согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается надлежащая оплата страховой премии (первого страхового взноса) и/или принятие от Страховщика страхового полиса (или свидетельства, сертификата, квитанции).

Дополнительным подтверждением факта заключения Договора страхования и вручения Страхователю Правил страхования может служить подпись Страхователя в платежных или иных документах. Если иное не предусмотрено соответствующей кредитной организацией, платежные документы оформляются в одном экземпляре для передачи Страхователю в подтверждение факта оплаты страховой премии.

Страховщик вправе, не изменяя сведения, обобщать и структурировать в процессе исполнения Договора страхования всю или часть имеющейся у него информации из платежного поручения и / или иных документов, 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.

5.2. Для заключения Договора страхования и дальнейшего его исполнения Страховщику должны быть предоставлены:

5.2.1. Письменное заявление по установленной Страховщиком форме (с приложениями и дополнениями к нему, если предусмотрены), в случае, когда Договор страхования заключается на основании письменного заявления.

5.2.2. Сведения и (или) документы, позволяющие идентифицировать потенциального Страхователя / Выгодоприобретателя / Застрахованное лицо, 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.).

5.2.3. Документы, подтверждающие полномочия (для представителей), например, решения/протоколы о назначении (избрании) или продлении полномочий, доверенность, приказ о назначении на должность и др.

5.2.4. Карточка с образцами подписей и оттиска печати (для юридических лиц).

5.2.5. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица или Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года (в зависимости от того, что применимо).

5.2.6. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (в отношении Страхователя).

5.2.7. 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).

5.2.8. 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).

5.2.9. Сведения и (или) документы, необходимые для оценки страховых рисков, установленные п. 5.3 настоящих Правил (если применимо).

5.2.10. Медицинское заключение и/или иные документы, выдаваемые медицинской организацией, по результатам прохождения потенциальным Застрахованным лицом медицинского осмотра/обследования, в т.ч. в случае, предусмотренном в п. 5.3.2 настоящих Правил страхования.

5.2.11. Сведения, необходимые для дальнейшего исполнения Договора страхования (например, контактные данные, платежные реквизиты и др.).

5.2.12. Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства и иные связанные с этим данные.

5.2.13. 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) и/или объединения страховщиков (при наличии).

5.2.14. Согласие на обработку персональных данных (в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия), а также согласие Застрахованного лица (или его законного представителя) на получение Страховщиком сведений, составляющих врачебную тайну, в т.ч. на истребование медицинских документов (если это требуется в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования).

5.2.15. Сведения и (или) документы, позволяющие осуществить проверку наличия имущественного интереса (при необходимости).

5.3. Страховщик при заключении Договора страхования вправе производить оценку страхового риска в связи с чем он может:

5.3.1. Запросить у Страхователя следующие сведения в отношении Застрахованного лица:

- возраст, пол, вес, рост, индекс массы тела, артериальное давление;
- сведения о диспансерном учете (динамическом наблюдении);
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч., о прошлых и (или) имеющихся диагнозах, о наличии / отсутствии определенных симптомов и (или) о состояниях, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (включая, сведения о прошлых и (или) имеющихся заболеваниях / расстройствах / отклонениях в развитии (для детей) / нарушениях / повреждениях / травмах / оперативных (хирургических) вмешательствах, в т.ч. планируемых / госпитализации / сведения, связанные с беременностью (для женщин) / сведения о рекомендованных и (или) планируемых исследованиях организма) / сведения о назначенных и/или принимаемых медицинских препаратах;
- 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 (категории «ребенок-инвалид) или о направлении на прохождение медико-социальной экспертизы);
- 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, характеризующие личность, и сведения об образе жизни (в т.ч. сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с привлечением к административной или уголовной ответственности (в т.ч. о судимости), и др.);
- 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)), а также 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);
- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т. ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);
- 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.);

- 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.);
- сведения о наличии / отсутствии определенных заболеваний или состояний, имеющихся (-вшихся) у родственников Застрахованного лица;
- сведения об иждивенцах;

5.3.2. Потребовать прохождения медицинского осмотра/обследования Застрахованного лица для оценки фактического состояния его здоровья в учреждении по выбору и за счет Страховщика. Объем сведений о состоянии здоровья и, соответственно, объем медицинского осмотра или обследования определяется Страховщиком. В случае если для заключения Договора страхования необходимо проведение такого медицинского осмотра/обследования Страховщик информирует об этом потенциального Страхователя при его обращении.

5.4. Форма предоставления указанных в п. 5.2 и 5.3 документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанные в п. 5.2 и 5.3 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.

5.5. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. Из указанных в подп. 5.3.1 Правил сведений, к обстоятельствам, имеющим существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая (страхового риска) (в т.ч. по различным страховым рискам, предусмотренным Договором страхования), относятся только те из них, которые прямо указаны в качестве таких обстоятельств (если предусмотрены) в заявлении на страхование по установленной Страховщиком форме (если Договор страхования заключается на основании письменного заявления), включая приложения и дополнения к нему (в т.ч. по установленной Страховщиком форме (в случае их наличия)) и/или в ином письменном запросе по установленной Страховщиком форме и/или в заключаемом Договоре страхования, в т.ч. в виде декларативных положений.

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 признания Договора страхования недействительным.

Если Страхователем / Застрахованным лицом указаны неполные или неточные сведения из числа перечисленных в п. 5.2 и п. 5.3 Правил страхования, Страховщик вправе отложить вопрос об оформлении Договора страхования до получения необходимых сведений / документов. О необходимости предоставления недостающих сведений / документов Страховщик уведомляет Страхователя.

5.6. При наличии согласия Страхователя (выраженного как в письменной форме, так и посредством совершения установленных Договором страхования действия (например, уплата страховой премии/страхового взноса)) 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 (в т.ч. Договора страхования) со стороны Страховщика.

5.7. 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:

- 5.7.1. о Страховщике – в Договоре страхования;
- 5.7.2. о Страхователе – в Договоре страхования, платежном поручении, а также в базах данных, которые Страховщик ведет согласно п. 5.1 настоящих Правил страхования (при наличии);

5.7.3. 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 незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления нарочно 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 (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) сообщения (в т.ч. предусмотренные подп. 9.1.2 Правил страхования) посредством электронной почты по адресу, указанному Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) в имеющихся у Страховщика документах, или посредством размещения информации на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В таком случае сообщение считается направленным надлежащим образом, если можно достоверно установить от кого исходило сообщение и кому оно адресовано.

5.8. Стороны вправе вносить в Договор страхования изменения, не противоречащие Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации. Внесение изменений в Договор страхования осуществляется в форме и порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами страхования и Договором страхования.

5.9. В случаях, когда изменения в Договор страхования подлежат внесению по соглашению Сторон, Страховщик вправе руководствоваться установленными им условиями (порядком) и оставляет за собой право отказать Страхователю в изменении условий страхования.

5.10. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат документа, после чего утраченный документ считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся.

5.11. Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для 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 отправки 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 и указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

6. Срок действия Договора страхования

6.1. Срок действия Договора страхования и/или порядок его определения указывается в Договоре страхования.

6.2. Срок страхования может определяться посредством указания в Договоре страхования даты (дня) его начала и даты (дня) окончания и/или периода времени. Соглашением Сторон могут предусматриваться различные сроки начала и/или окончания срока страхования для каждого (отдельных) страховых рисков и/или в отношении разных Застрахованных лиц.

6.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 24 часов 00 минут дня, определяющего его прекращение.

6.4. Досрочное прекращение действия Договора страхования влечет за собой досрочное прекращение срока страхования по всем страховым рискам, предусмотренным Договором страхования.

7. Порядок прекращения Договора страхования

7.1. Действие Договора страхования после его вступления в силу досрочно прекращается:

7.1.1. при выполнении Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме, как это предусмотрено Правилами и/или Договором страхования;

7.1.2. при одностороннем отказе Страхователя от Договора страхования (кроме случая указанного в подп. 7.1.5 Правил страхования). При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком, но не может быть позднее чем 30-й (тридцатый) календарный день с даты получения Страховщиком документов, предусмотренных в подп. 7.6.1, 7.6.2 Правил, а также если применимо в подп. 7.6.3, 7.6.4 Правил страхования.

7.1.3. по инициативе Страховщика на основании п. 4.8 настоящих Правил страхования с уведомлением Страхователя в письменной форме. При этом дата прекращения (последний день действия) Договора страхования определяется Страховщиком в одностороннем порядке, но не может быть ранее даты окончания срока, установленного для уплаты соответствующего очередного страхового взноса, который не был надлежаще (своевременно и/или в полном объеме) оплачен;

7.1.4. если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В частности, в случае смерти единственного Застрахованного лица по Договору страхования. При этом, Договор страхования прекращается со дня, следующего за днем смерти такого Застрахованного лица;

7.1.5. при отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в случае непредоставления Страховщиком Страхователю установленной соответствующим нормативным документом Банка России информации о Договоре страхования либо предоставления неполной или недостоверной такой информации (когда такое основание предусмотрено законодательством Российской Федерации) и при условии отсутствия по такому Договору страхования событий, имеющих признаки страхового случая. При этом, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком соответствующего заявления Страхователя, в котором он мотивированно изложил наступление указанных обстоятельств, при условии подтверждения Страховщиком факта их наступления;

7.1.6. по соглашению Сторон;

7.1.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. 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, а 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. 7.6 настоящих Правил (с учетом того, что из них применимо), в течение 10 (десяти) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен соглашением Сторон и/или законодательством Российской Федерации) с даты получения Страховщиком указанного обращения Страхователя.

При этом, если оплата производилась в рублях:

7.2.1. возврат денежных средств производится в рублях;

7.2.2. если страховая премия установлена Договором страхования в иностранной валюте, возврату подлежит оплаченная Страхователем сумма в рублях.

7.3. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.4 Правил страхования Страховщик производит возврат уплаченной страховой премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат производится в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, из числа предусмотренных в п. 7.6 Правил страхования (с учетом, того что из них применимо, в т.ч. исходя из требований, установленных законодательством Российской Федерации), если иной порядок и срок для возврата не установлен действующим законодательством Российской Федерации и/или Договором страхования.

7.4. При досрочном прекращении Договора страхования в соответствии с подп. 7.1.5 Правил страхования Страховщик производит Страхователю-физическому лицу возврат уплаченной страховой

премии за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат производится в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя.

7.5. В иных случаях, кроме указанных в п. 7.3 и 7.4 настоящих Правил страхования или в Договоре страхования (если предусмотрены Договором страхования), вопрос о возврате страховой премии (ее части) при досрочном прекращении Договора страхования регламентируется действующим законодательством Российской Федерации. При этом, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации или Договором страхования, такой возврат уплаченной страховой премии/части страховой премии (если полагается) производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком документов, из числа предусмотренных в п. 7.6 Правил страхования (с учетом, того что из них применимо) или даты прекращения Договора страхования (в зависимости от того, что наступит позднее).

7.6. При взаимодействии Сторон в связи с досрочным прекращением Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены следующие документы (с учетом того, что применимо):

7.6.1. письменное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

7.6.2. документ, удостоверяющий личность заявителя (в т.ч., применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства) и, если заявитель не является российским гражданином, также документы, подтверждающие право его нахождения и въезда на территорию Российской Федерации (в т.ч. вид на жительство, виза, миграционная карта (с учетом того, что применимо));

7.6.3. документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство);

7.6.4. надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителей);

7.6.5. в случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, из числа предусмотренных в подп. 7.1.4, 7.1.7 настоящих Правил, Страховщику подлежат представлению оригиналы или надлежащим образом заверенные копии документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств. При этом на заявителя возлагается обязанность предоставить построчный 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), кроме того 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;

7.6.6. в случае возврата уплаченной страховой премии (ее части) лицу, не являющемуся налоговым резидентом Российской Федерации, предоставлению Страховщику подлежит оригинал или надлежащим образом заверенная копия документа, содержащего сведения об идентификационном номере налогоплательщика, присвоенного иностранным государством (территорией), налоговым резидентом которого он является (при наличии такого документа).

7.7. Если иное не установлено законодательством Российской Федерации, Договором страхования могут быть предусмотрены условия прекращения Договора страхования, дополнительные и/или отличные от указанных в настоящих Правилах страхования.

8. Страховые выплаты. Основания отказа в страховой выплате

8.1. При наступлении страхового случая по страховым рискам, предусмотренным Договором страхования, а также при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате Страховщик осуществляет страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования и применимой к Договору страхования Программой добровольного медицинского страхования для соответствующего страхового риска (в т.ч. с учетом установленных лимитов ответственности Программах ДМС).

8.2. Страховщик в счет страховой выплаты организывает оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме и порядке, предусмотренном применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску, с привлечением медицинских и/или иных организаций и

производит оплату оказанных медицинских и иных услуг непосредственно таким организациям. При этом:

8.2.1. выбор медицинских и иных организаций для оказания медицинских и иных услуг осуществляется Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) с учетом определенной Договором страхования (в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску) территорией оказания услуг.

8.2.2. медицинские и иные услуги, предусмотренные применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску, организуются и оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в сервисной компании/медицинской организации, привлеченной(-ых) Страховщиком для оказания таких услуг, и Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора страхования и качество таких услуг;

8.2.3. Страховщик производит оплату организуемых и оказываемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску, непосредственно медицинским и иным организациям в соответствии с заключенными с ними Договорами (в т.ч. в сроки и в порядке, которые установлены указанными Договорами), при предоставлении такими организациями документов: смет, счетов, (счет-фактур), реестров организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, актов выполненных работ (услуг), рецептов, иных медицинских и платежных документов, подтверждающих объем и виды организованных и оказываемых медицинских и иных услуг, и содержащих информацию о датах, сроках оказания таких услуг и о необходимости их оказания Застрахованному лицу, а также о стоимости оказываемых услуг.

8.2.4. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание медицинских услуг и иных услуг, предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС по соответствующему страховому риску, а также их оплату:

8.2.4.1. до окончания срока действия Договора страхования (в т.ч. до даты досрочного прекращения Договора страхования) – во всех случаях кроме, указанных в п. 8.2.4.2 настоящих Правил страхования;

8.2.4.2. до даты их фактического оказания – в случаях если обращение за медицинскими и иными услугами в медицинские организации или сервисные компании, из числа привлеченных Страховщиком для оказания таких услуг, произошло в течение срока действия Договора страхования и Страховщик принял решение об организации и оплате медицинских и иных услуг, но на дату окончания срока действия Договора страхования такие услуги Застрахованному лицу оказаны не были.

8.3. Для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС для соответствующего страхового риска, Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) должно в течение срока страхования обратиться к Страховщику (сервисной компании, если привлекается Страховщиком) и предоставить следующие сведения и/или документы:

8.3.1. сведения о реквизитах Договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения, платежные документы, подтверждающие уплату страховой премии (при заключении Договора страхования способом, указанным в подп. 5.1.3 Правил));

8.3.2. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

8.3.3. документ, удостоверяющий личность заявителя и получателя выплаты (если отличается от заявителя), и /или подтверждающие изменение персональных данных, идентифицирующих личность (например, свидетельство о заключении брака) и /или согласие органов опеки и попечительства (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации));

8.3.4. надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя Застрахованного лица);

8.3.5. документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

8.3.6. документы (в т.ч. медицинского характера) и/или сведения, необходимые для организации и/или оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей применимой Программой ДМС. При этом:

8.3.6.1. по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»**: наиболее распространенными в этой связи медицинскими документами являются выписки из истории болезни (амбулаторной карты), с указанием диагноза, даты первичного диагностирования (установления) заболевания (состояния), и результатами клинико-диагностического лабораторного и/или инструментального исследования на основании которых диагностировано (установлено) такое заболевание (состояние), в т.ч. результаты морфологического исследования; документы необходимые для оказания иных услуг по организации проезда Застрахованного лица до места оказания медицинских услуг (если такие услуги оказываются Застрахованному лицу на территории иностранного государства);

8.3.6.2. по страховому риску **«второе экспертное медицинское мнение»**: распространенными в этой связи документами являются медицинские документы, содержащие первое медицинское мнение: выписка из истории болезни с указанием назначенного и проведенного Застрахованному лицу лечения, первичное заключение врача-специалиста о наличии у Застрахованного лица заболевания, включая результаты медицинского обследования, на основании которых вынесено такое заключение. (При этом, Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо о том какие сведения и медицинские документы он должен представить, в т.ч. может ограничить период, за который предоставляются медицинские документы);

8.3.6.3. по страховому риску **«чек-ап»**: наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинские документы с указанием медицинских назначений (предоставляются по требованию для подбора медицинских услуг в рамках прохождения чек-ап).

8.4. Предусмотренный в п. 8.3 настоящих Правил перечень документов и сведений является исчерпывающим.

Если соглашением Сторон прямо не предусмотрено иное, указанные в настоящих Правилах документы, предоставляемые Страховщику при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом:

8.4.1. применительно к электронному документу может предоставляться его копия, составленная путем визуализации такого документа на бумажном носителе с надлежаще проставленной в нем отметкой об электронной подписи, и заверенная в порядке, указанном выше.

8.4.2. на Страхователя (Выгодоприобретателя) возлагается обязанность предоставить построчный 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.

8.5. Страховщик вправе, в том числе на основании предоставленных документов проводить экспертизу, устанавливать факты, выяснять причины и обстоятельства произошедшего события (в частности, основываясь на объяснениях лиц, знающих обстоятельства события, на ксерокопиях, предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) документов, запрашивая сведения (информацию), в т.ч. с получением таких сведений (информации) в виде электронного документа, подписанного электронной подписью в соответствии с действующим законодательством, из единого государственного реестра записей актов гражданского состояния, единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, единой информационной системы нотариата и прочих информационных систем, предусмотренных законодательством Российской Федерации). Результаты указанной в настоящем подпункте экспертизы / установления фактов / выяснения причин и обстоятельств, проводимых Страховщиком,

могут оформляться в виде акта или иного документа (в том числе в качестве составной части страхового акта), который может заменять собой часть документов, доказывающих наступление страхового случая. Страховщик вправе по своему усмотрению принять решение о достаточности фактически предоставленных документов и сократить указанный в настоящих Правилах страхования перечень документов, предоставляемых Страховщику при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также принять иные документы, сведения (информацию) (в т. ч. в иной форме, по отношению к той, которая установлена настоящими Правилами страхования) взамен указанных.

8.6. При непредставлении Страхователем (Выгодоприобретателем) документов из числа указанных в перечне, или если такие документы не содержат достаточную для принятия решения Страховщиком информацию, Страховщик 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 решения Страховщиком информацию.

8.7. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования и применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску (в т.ч. с учетом установленных лимитов ответственности).

8.8. В случае если по страховому риску установлена агрегатная страховая сумма, то после осуществления страховой выплаты по такому страховому риску агрегатная страховая сумма по данному страховому риску, установленная на весь срок действия Договора страхования/на соответствующий полисный год (с учетом того, что применимо), уменьшается на размер произведенной страховой выплаты. При этом:

8.8.1. если агрегатная страховая сумма по соответствующему страховому риску установлена на весь срок действия Договора страхования, то в случае осуществления в период действия такого Договора страхования страховых(-ой) выплат(-ы) в размере установленной по данному страховому риску агрегатной страховой суммы, обязательства Страховщика по такому страховому риску считаются исполненными по Договору страхования в полном объеме и срок страхования по соответствующему страховому риску прекращается с даты исполнения Страховщиком своих обязательств;

8.8.2. если агрегатная страховая сумма по соответствующему страховому риску установлена отдельно на каждый полисный год, то в случае осуществления в течение определенного полисного года страховых(-ой) выплат(-ы) в размере установленной по такому страховому риску на данный полисный год агрегатной страховой суммы, обязательства Страховщика по соответствующему страховому риску за такой полисный год считаются исполненными в полном объеме.

8.9. В случае, указанном в п. 8.2 Правил, Страховщик самостоятельно или с привлечением третьих лиц (в т.ч. сервисной компании) в течение 30 (тридцати) календарных дней (если иной меньший срок не предусмотрен Договором страхования, в т.ч. применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску) с момента получения последнего из всех необходимых документов и сведений (в т. ч. запрошенных дополнительно) в счет страховой выплаты (в случае признания события страховым случаем и при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) начинает организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску.

8.10. Решение об отказе в страховой выплате (в т.ч. при непризнании события страховым случаем) Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком последнего из всех необходимых документов и сведений (в т.ч. запрошенных дополнительно и/или самостоятельно полученных Страховщиком) и в этот же срок направляет Выгодоприобретателю уведомление с обоснованием отказа.

8.11. Страховщик освобождается от страховой выплаты, в следующих случаях:

- 8.11.1. вследствие умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;
- 8.11.2. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 8.11.3. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 8.11.4. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

При этом Договором страхования может быть предусмотрено, что основания освобождения в страховой выплате, из числа указанных в подп. 8.11.2–8.11.4 Правил, не применяются в отношении всех или отдельных страховых рисков, предусмотренных таким Договором страхования.

8.12. Страховщик отказывает в страховой выплате по следующим основаниям:

8.12.1. произошедшее событие не является страховым случаем, т. е. не относится к событиям, на случай наступления которых был заключен Договор страхования, в т.ч. в отношении соответствующего Застрахованного лица, (например, отнесено к исключениям из страхового покрытия (раздел 3 Правил страхования) или не может быть квалифицировано в качестве страхового случая, исходя из терминов и определений, закрепленных в разделе 1 Правил страхования (в т.ч. Приложениях к ним (в соответствующей Программе ДМС применимой к Договору страхования)) или в отношении соответствующего Застрахованного лица не предусмотрен такой страховой риск);

8.12.2. сумма страховой выплаты превышает лимит ответственности (лимит страхового обязательства). При этом, возможен частичный отказ в страховой выплате пропорционально превышению лимита;

8.12.3. событие произошло до начала или после окончания (в т. ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску);

8.12.4. событие произошло с лицом, которое не является Застрахованным лицом по Договору страхования (в т.ч. в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских или иных услуг);

8.12.5. за страховой выплатой обратилось лицо, не имеющее право на ее получение;

8.12.6. в случаях освобождения Страховщика от страховой выплаты в соответствии с п. 8.11 настоящих Правил страхования.

9. Права и обязанности Сторон

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами страхования (включая Приложения).

9.1.2. Предоставить по требованию Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) информацию в объеме и в 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.

9.1.3. При наступлении страхового случая и отсутствии оснований для отказа в страховой выплате произвести исполнение по Договору страхования в соответствии с Правилами страхования и/или Договором страхования (в т.ч. в соответствии с применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску).

9.1.4. Контролировать объём и качество предоставляемых Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в соответствии с применимой Программой ДМС.

9.1.5. Обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных о Страхователе, Застрахованном лице, Выгодоприобретателях, полученных в связи с заключением и исполнением Договора страхования.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. Перед заключением Договора страхования запросить у Страхователя и у потенциального Застрахованного лица 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.

9.2.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованным лицом, любыми способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

9.2.3. Отказаться в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

9.2.4. Проверять выполнение Страхователем положений Договора страхования.

9.2.5. Осуществлять иные действия для исполнения положений Договора страхования.

9.3. Страхователь обязан:

- 9.3.1. Уплачивать страховую премию в порядке, размере и в сроки, определенные Договором страхования.
- 9.3.2. При заключении Договора страхования предоставить сведения и/или документы, необходимые для заключения Договора страхования и/или оценки страхового риска.
- 9.3.3. Незамедлительно (не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента внесения изменений) уведомлять Страховщика обо всех изменениях сведений, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования. При получении указанной информации Страховщик обновляет соответствующие сведения в течение дня с момента их получения. Сведения, предоставленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении.
- 9.3.4. Ознакомить Застрахованное лицо с его правами по Договору страхования и известными Страхователю условиями организации оказания медицинских и иных услуг, а также в части медицинского страхования обеспечить исполнение Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных настоящим разделом и применимой(-ыми) Программой(-ами) ДМС.
- 9.4. Страхователь имеет право:
- 9.4.1. Ознакомиться с настоящими Правилами страхования, а также получить их на руки.
- 9.4.2. Обратиться к Страховщику за получением разъяснений и информации в соответствии с законодательством Российской Федерации и обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (при наличии).
- 9.4.3. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования (в т.ч. применимыми Программами ДМС по соответствующему страховому риску).
- 9.4.4. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.
- 9.4.5. Досрочно расторгнуть Договор страхования с письменным уведомлением об этом Страховщика.
- 9.4.6. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования.
- 9.4.7. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.
- 9.5. Застрахованное лицо обязано:
- 9.5.1. Обратиться к Страховщику или в сервисную компанию (привлеченную (согласованную) Страховщиком сервисную компанию) в целях организации и оказания ему медицинских и иных услуг в сроки и порядке, предусмотренные применимой Программой ДМС по соответствующему страховому риску.
- 9.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинской или иной организацией, в которой Застрахованному лицу предоставляются медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные Договором страхования.
- 9.5.3. Не передавать Договор страхования (в т.ч. сведения о нем), пропуск в медицинские организации (если оформлялся) другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных применимой Программой ДМС и/или Договором страхования.
- 9.6. Помимо указанного в настоящем разделе, Стороны имеют иные права и исполняют обязанности, предусмотренные иными положениями настоящих Правил страхования и/или Договором страхования (в т.ч. применимой(-ыми) Программой(-ами) ДМС) и/или действующим законодательством Российской Федерации
- 9.7. Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) по Договору страхования не могут быть переданы другому лицу без письменного согласия на это Страховщика.

10. Порядок разрешения споров

- 10.1. Все споры, возникающие между Сторонами по Договору страхования, разрешаются в досудебном претензионном порядке. При невозможности достичь взаимного согласия, споры между юридическими лицами разрешаются в арбитражном суде по месту нахождения Страховщика (если иное не предусмотрено соглашением Сторон).

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Лечение злокачественного новообразования (рака)»
(вариант "Взрослая базовая")

Раздел 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой (при соблюдении всех положений, установленных настоящей Программой и договором страхования).
- 1.2. По настоящей программе установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:
 - 1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»**, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение одного полисного года;
 - 1.2.2. иные лимиты ответственности, предусмотренные разделом 3 настоящей Программы.
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории: **России**.

Раздел 2. Заболевания (состояния), при которых предоставляются медицинские и иные услуги.

2.1 В соответствии с условиями настоящей Программы при наступлении страхового случая по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, вследствие диагностирования Застрахованному лицу злокачественного новообразования (рак) врачом-специалистом впервые в течение срока страхования.

2.1.1. Злокачественное новообразование (рак).

Под **злокачественным новообразованием (рак)** (далее – **злокачественное новообразование**) понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага и проникновению в ткань различного гистологического типа), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение срока страхования.

В определение **«злокачественное новообразование (рак)»** в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

Из определения **«злокачественное новообразование (рак)»** в рамках настоящей Программы **исключаются:**

- Меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN0M0 по международной классификации TNM;
- Злокачественное новообразование предстательной железы, соответствующее следующим критериям:
 - стадия T1aN0M0 или T1bN0M0 по классификации TNM, и (или)

- значение индекса Глисона - менее или равному 6 (шести) баллам (что относится к группе 1 гистологической прогностической классификации рака предстательной железы по ISUP*1)

- 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 доброкачественные, неопределенного характера или предраковые заболевания;
- Базальноклеточная карцинома кожи, и плоскоклеточная карцинома кожи, и взрывающаяся дерматофибросаркома;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации RA1);
- Папиллярная или Фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1N0M0;
- Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически диагностированный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;
- Любые виды злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

2.1.2. Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу трансплантации костного мозга (или трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (далее по тексту «трансплантация»)).

Под определением «**Трансплантация**» понимается плановая медицинская процедура по пересадке Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования, для лечения гематологических заболеваний и злокачественных новообразований (рака), диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в жизни в течение срока страхования.

Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены медицинским заключением о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, или иным медицинским документом, выдаваемым лечащим врачом-специалистом / консилиумом врачей, в соответствии с требованиями законодательства о трансплантации страны, в которой Застрахованное лицо проходит лечение и (или) получает соответствующее назначение врачом-специалистом (трансплантологом), специализирующимся в соответствующей области медицины.

Из определения «**Трансплантация**» в рамках настоящей Программы исключаются:

- Пересадка других органов, а также частей органов или тканей, не входящих в определение «Трансплантация»;
- Проведение трансплантации, когда Застрахованное лицо выступает донором в пользу третьего лица.

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг.

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:

3.1.1. Злокачественное новообразование (рак) (п. 2.1.1 Программы):

1. Стационарная медицинская помощь:

- | |
|---|
| 1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение) |
| 1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования |
| 1.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия |
| 1.4. Выполнение лечебных манипуляций, процедур |
| 1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы |
| 1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия |
| 1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача |
| 1.8. Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты |
| 1.9. Имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования |
| 1.10. Медицинские приборы и устройства |

¹ ISUP – international society of urologists / международной ассоциации уропатологов

1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
1.13. Пребывание в дневном стационаре
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
2.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
2.4. Лечебные манипуляции, процедуры
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
3. Паллиативная медицинская помощь (на территории России).
3.1.2. «Трансплантация» (п. 2.1.2 Программы):
1. Стационарная медицинская помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, пробы на совместимость
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммуносупрессивная терапия
1.4. Получение, обработка, хранение костного мозга
1.5. Лечебные манипуляции, процедуры
1.6. Проведение трансплантации, включая сопутствующие расходы
1.7. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.8. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.9. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.10. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации
1.11. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
1.12. Пребывание в дневном стационаре
2. Поиск потенциальных доноров
3. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости хранения и доставки трансплантата до места, где будет производиться Трансплантация)
4. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
4.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
4.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, включая пробы на совместимость, а также исследования, необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
4.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
4.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
4.5. Гемодиализ, кроме перитонеального диализа
3.1.3. Оформление медицинской документации (рецепты на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинские справки, направления на консультации/медицинские исследования, выписки из истории болезни/амбулаторной карты, выписной эпикриз)
3.1.4. Медицинская помощь на дому (не более четырех обращений в течение срока страхования).
1.1. Врачебная медицинская помощь
1.2. Забор материала для лабораторных исследований
1.3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры
3.1.5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования).
1.1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

1.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики
1.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи
1.4. Медицинская транспортировка бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования

3.2. Иные услуги, предоставляемые при заболеваниях/состоянии, указанных в Разделе 2 Программы:

Предоставляемые иные услуги	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
<p>Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном² транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.</p>	40 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном¹ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.</p>	
<p>Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания Застрахованного лица в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	50 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	
Посмертная репатриация.	150 000 рублей
Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.	лимит не предусмотрен

Определения, используемые в п.3.1, п. 3.2 настоящей Программы:

Под *клинико-диагностическими лабораторными исследованиями* в настоящей Программе понимаются: гематологические исследования; генетические исследования; бактериоскопические исследования; биохимические исследования; вирусологические исследования; иммунологические исследования; морфологические (гистологические, цитологические) исследования; иммуногистохимическое исследование; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; онкогематологические исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитохимические исследования.

² За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

Под инструментальными исследованиями в настоящей Программе понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография.

Под сопутствующими расходами в настоящей Программе понимаются затраты, связанные с обеспечением необходимых сопутствующих хирургической операции расходных материалов и оказанием услуг, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы; установление аппарата искусственного дыхания, проведение анестезии, установка капельниц.

Под медикаментами понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонизирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; *под перевязочными средствами* понимаются медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

К медицинским расходным материалам относят предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

Под изделиями для внутреннего протезирования понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы *под врачебной медицинской помощью* понимается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Под медицинской транспортировкой понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортном средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и при условии, что такой перевод Застрахованного лица предписан лечащим врачом и необходим по медицинским показаниям и предварительно согласован со Страховщиком.

Под паллиативной медицинской помощью в настоящей Программе понимается комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больного, являющегося Застрахованным лицом.

Паллиативная помощь может оказываться Застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях.

Услуга по пребыванию Застрахованного лица в стационаре предоставляется, если заболевание, которым страдает Застрахованное лицо одновременно соответствует следующим критериям:

- носит прогрессирующий характер (т.е. постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии;
- является неизлечимым, обуславливая необходимость стационарного паллиативного лечения, и
- позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превышает нескольких недель или месяцев.

Под посмертной репатриацией в настоящей Программе понимается доставка тела Застрахованного лица к месту его постоянного проживания (месту погребения), если смерть Застрахованного лица наступила

в период оказания ему медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.3. По настоящей Программе установлены следующие лимиты страхового обязательства Страховщика:

3.3.1. по Имплантации необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования – не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;

3.3.2. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной трансплантации в течение срока страхования;

3.3.3. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение гемодиализа в количестве не более 8 (восьми) процедур в течение срока страхования;

3.3.4. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует оказание и оплачивает медицинские услуги на сумму не более 3 000 000 (трех миллионов) рублей в течение срока страхования;

3.3.5. по Паллиативной медицинской помощи (п.3) 3.1.1 Программы – не более 500 000 (пятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования.

Раздел 4. Исключения из страхования.

4.1. Согласно разделу 3 Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования, по страховому риску «лечение критического заболевания» не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия) в следующих случаях:

4.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по страховому риску «лечение злокачественного новообразования (рака)»;

4.1.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

4.1.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с болезнями и (или) состояниями, вызванными злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических и других психоактивных веществ;

4.1.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;

4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой и (или) не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для обследования или лечения злокачественного новообразования;

4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг медицинских услуг, направленных на первичное диагностирование с целью определения диагноза - распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)»;

4.1.7. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/организациями страны проведения лечения;

4.1.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), 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 применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)» и в соответствии с ее условиями;

4.1.9. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.1.10. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием в связи с расстройством здоровья, наступившим во время отбывания наказания в виде лишения, ограничения свободы, содержания под стражей.

Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе любым доступным способом (факс, электронная почта, письмо и т.д.).

5.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, а также все необходимые документы, подтверждающие поставленный диагноз. Застрахованное лицо также предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы:

5.2.1 сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);

5.2.2 документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

5.2.3 надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя, - при обращении представителя Застрахованного лица;

5.2.4 надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

5.2.5 документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

5.2.6 документы (в т.ч. медицинского характера) и/или сведения, необходимые для организации и/или оказания медицинских и иных услуг: выписки из истории болезни (амбулаторной карты) с указанием диагноза, даты первичного диагностирования (установления) заболевания (состояния), и результатами клинико-диагностического лабораторного и/или инструментального исследования на основании которых диагностировано (установлено) такое заболевание (состояние), в т.ч. результаты морфологического исследования; документы необходимые для оказания иных услуг по организации проезда Застрахованного лица до места оказания медицинских услуг (если такие услуги оказываются Застрахованному лицу на территории иностранного государства).

Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом:

- применительно к электронному документу может предоставляться его копия, составленная путем визуализации такого документа на бумажном носителе с надлежаще проставленной в нем отметкой об электронной подписи, и заверенная в порядке, указанном выше.

- на Страхователя возлагается обязанность предоставить построчный 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.

5.3. При не предоставлении Застрахованным лицом документов / сведений, из числа указанных в п. 5.2 Программы, Страховщик (в т.ч. с привлечением сервисной компании, медицинской организации) вправе

запросить необходимые документы / сведения в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента предоставления неполных документов / сведений.

5.4. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно согласно п. 5.3 Программы) принимает решение о страховой выплате и:

5.4.1. в целях осуществления страховой выплаты, самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает наиболее подходящую(-ие) медицинскую(-ие) организацию(-и) для лечения, подтвердившее(-ие) готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и (или) проведения соответствующей операции, и в этот же срок направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и программу лечения (план лечения).

Застрахованное лицо в течение 90 (девяноста) календарных дней с даты получения от Страховщика места, времени и программы лечения согласовывает либо отказывает в согласовании предложенных параметров с направлением Страховщику (привлеченной Страховщиком сервисной компании) соответствующего уведомления.

5.4.1.1. При согласовании Застрахованным лицом места, времени и программы лечения Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.4.1.2. При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) программы лечения (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченная сервисная компания) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен настоящим разделом для первоначального обращения. При этом, Застрахованное лицо обязано представить актуальные документы из числа указанных в п. 5.2 настоящей Программы (в том числе последние результаты анализов и тестов, заключений врача), а Страховщик вправе предложить иную программу лечения, в иной медицинской организации.

5.4.1.3. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и медицинской(-их) организации(-й), с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) организации(-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. Медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг;

5.5. Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно и (или) самостоятельно полученных Страховщиком) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с обоснованием отказа.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Лечение злокачественного новообразования (рака)»
(вариант "Взрослая расширенная")

Раздел 1. Общие положения

- 1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой (при соблюдении всех положений, установленных настоящей Программой и договором страхования).
- 1.2. По настоящей программе установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:
- 1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»**, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение одного полисного года;
- 1.2.2. иные лимиты ответственности, предусмотренные разделом 3 настоящей Программы.
- 1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории: **России, Израиля, Южной Кореи, Испании.**

Раздел 2. Заболевания (состояния), при которых предоставляются медицинские и иные услуги.

2.1. В соответствии с условиями настоящей Программы при наступлении страхового случая по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, вследствие диагностирования Застрахованному лицу злокачественного новообразования (рак) врачом-специалистом впервые в течение срока страхования:

2.1.1. Злокачественное новообразование (рак).

Под **злокачественным новообразованием (рак)** (далее – **злокачественное новообразование**) понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага и проникновению в ткань различного гистологического типа), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение срока страхования.

В определение **«злокачественное новообразование (рак)»** в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

Из определения **«злокачественное новообразование (рак)»** в рамках настоящей Программы **исключаются:**

- Меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN0M0 по международной классификации TNM;
- Злокачественное новообразование предстательной железы, соответствующее следующим критериям:
 - стадия T1aN0M0 или T1bN0M0 по классификации TNM, и (или)

- значение индекса Глисона - менее или равному 6 (шести) баллам (что относится к группе 1 гистологической прогностической классификации рака предстательной железы по ISUP*¹)
- Базальноклеточная карцинома кожи и плоскоклеточная карцинома кожи, и выбухающая дерматофибросаркома;
- 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 доброкачественные, неопределенного характера или предраковые заболевания;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации Rai);
- Папиллярная или Фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1N0M0;
- Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически диагностированный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;
- Любые виды злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

2.1.2. **Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу трансплантации костного мозга** (или трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (далее по тексту «трансплантация»)).

Под определением «**Трансплантация**» понимается плановая медицинская процедура по пересадке Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования, для лечения гематологических заболеваний и злокачественных новообразований (рака), диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в жизни в течение срока страхования.

Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены медицинским заключением о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, или иным медицинским документом, выдаваемым лечащим врачом-специалистом / консилиумом врачей, в соответствии с требованиями законодательства о трансплантации страны, в которой Застрахованное лицо проходит лечение и (или) получает соответствующее назначение врачом-специалистом (трансплантологом), специализирующимся в соответствующей области медицины.

Из определения «**Трансплантация**» в рамках настоящей Программы исключаются:

- Пересадка других органов, а также частей органов или тканей, не входящих в определение «Трансплантация»;
- Проведение трансплантации, когда Застрахованное лицо выступает донором в пользу третьего лица

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг.

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:

3.1.1. Злокачественное новообразование (рак) (п. 2.1.1 Программы):

1. Стационарная медицинская помощь:

- | |
|---|
| 1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение) |
| 1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования |
| 1.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия |
| 1.4. Выполнение лечебных манипуляций, процедур |
| 1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы |
| 1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия |
| 1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача |
| 1.8. Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты |
| 1.9. Имплантация необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования |

¹ ISUP – international society of urologists / международной ассоциации уропатологов

1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.13. Пребывание в дневном стационаре
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
2.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
2.4. Лечебные манипуляции, процедуры
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
3. Паллиативная медицинская помощь (на территории России).
3.1.2. «Трансплантация» (п. 2.1.2 Программы):
1. Стационарная медицинская помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, пробы на совместимость
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммуносупрессивная терапия
1.4. Получение, обработка, хранение костного мозга
1.5. Лечебные манипуляции, процедуры
1.6. Проведение трансплантации, включая сопутствующие расходы
1.7. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.8. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.9. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.10. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации
1.11. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост
1.12. Пребывание в дневном стационаре
2. Поиск потенциальных доноров
3. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости хранения и доставки трансплантата до места, где будет производиться Трансплантация)
4. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
4.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
4.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, включая пробы на совместимость, а также исследования, необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
4.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
4.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
4.5. Гемодиализ, кроме перитонеального диализа
3.1.3. Оформление медицинской документации (рецепты на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинские справки, направления на консультации/медицинские исследования, выписки из истории болезни/амбулаторной карты, выписной эпикриз)
3.1.4. Медицинская помощь на дому (не более четырех обращений в течение срока страхования).
1.1. Врачебная медицинская помощь
1.2. Забор материала для лабораторных исследований
1.3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры

3.1.5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования).
1.1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
1.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики
1.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи
1.4. Медицинская транспортировка бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования

3.2. Иные услуги, предоставляемые при заболеваниях, указанных в Разделе 2 Программы:

Предоставляемые иные услуги	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
<p>Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном² транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.</p>	100 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном¹ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.</p>	100 000 рублей
<p>Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания Застрахованного лица в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	100 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	12 000 рублей
Оплата визовых сборов (если требуется), если оказание медицинской помощи Застрахованному лицу планируется за пределами Российской Федерации.	500 000 рублей
Посмертная репатриация.	500 000 рублей
Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.	лимит не предусмотрен
Услуги переводчика в период получения медицинской помощи, если ее оказание планируется за пределами Российской Федерации.	60 000 рублей

² За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

<p>Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием и организацией медицинской помощи по настоящей Программе. Данная услуга включает консультации с целью помощи в получении визы (без оплаты ее стоимости) в страну назначения с целью прохождения Застрахованным лицом лечения, бронирование билетов (без оплаты их стоимости)</p>	<p>лимит не предусмотрен</p>
--	----------------------------------

Определения, используемые в п.3.1, п. 3.2 настоящей Программы:

Под клинико-диагностическими лабораторными исследованиями в настоящей Программе понимаются: гематологические исследования; генетические исследования; бактериоскопические исследования; биохимические исследования; вирусологические исследования; иммунологические исследования; морфологические (гистологические, цитологические) исследования; иммуногистохимическое исследование; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; онкогематологические исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитологические исследование; цитохимические исследования.

Под инструментальными исследованиями в настоящей Программе понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография.

Под сопутствующими расходами в настоящей Программе понимаются затраты, связанные с обеспечением необходимых сопутствующих хирургической операции расходных материалов и оказанием услуг, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы; установление аппарата искусственного дыхания, проведение анестезии, установка капельниц.

Под медикаментами понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонизирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; *под перевязочными средствами* понимается медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

К медицинским расходным материалам относят предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

Под изделиями для внутреннего протезирования понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы под *врачебной медицинской помощью* понимается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Под медицинской транспортировкой понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортом средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и при условии,

что такой перевод Застрахованного лица предписан лечащим врачом и необходим по медицинским показаниям и предварительно согласован со Страховщиком.

Под *паллиативной медицинской помощью* в настоящей Программе понимается комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больного, являющегося Застрахованным лицом.

Паллиативная помощь может оказываться Застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях.

Услуга по пребыванию Застрахованного лица в стационаре предоставляется, если заболевание, которым страдает Застрахованное лицо одновременно соответствует следующим критериям:

- носит прогрессирующий характер (т.е. постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии;
- является неизлечимым, обуславливая необходимость стационарного паллиативного лечения, и
- позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превышает нескольких недель или месяцев.

Под *посмертной репатриацией* в настоящей Программе понимается доставка тела Застрахованного лица к месту его постоянного проживания (месту погребения), если смерть Застрахованного лица наступила в период оказания ему медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.3. По настоящей Программе установлены следующие лимиты страхового обязательства Страховщика:

3.3.1. по Имплантации необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования – не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;

3.3.2. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной трансплантации в течение срока страхования;

3.3.3. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение гемодиализа в количестве не более 8 (восьми) процедур в течение срока страхования;

3.3.4. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует оказание и оплачивает медицинские услуги на сумму не более 3 000 000 (трех миллионов) рублей в течение срока страхования;

3.3.5. по Паллиативной медицинской помощи (п.3) 3.1.1 Программы – не более 500 000 (пятисот тысяч) рублей в течение срока страхования.

Раздел 4. Исключения из страхования.

4.1. Согласно разделу 3 Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования, по страховому риску «лечение критического заболевания» не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия) в следующих случаях:

4.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по страховому риску «лечение злокачественного новообразования (рака)»;

4.1.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой и (или) не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для обследования или лечения злокачественного новообразования;

4.1.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

4.1.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с болезнями и (или) состояниями, вызванными злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических и других психоактивных веществ;

4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;

4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг медицинских услуг, направленных на первичное диагностирование с целью определения диагноза - распознавание состояний

или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)»;

4.1.7. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/организациями страны проведения лечения;

4.1.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), 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 применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)» и в соответствии с ее условиями;

4.1.9. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.1.10. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием в связи с расстройством здоровья, наступившим во время отбывания наказания в виде лишения, ограничения свободы, содержания под стражей.

Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе любым доступным способом (факс, электронная почта, письмо и т.д.).

5.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, а также все необходимые документы, подтверждающие поставленный диагноз. Застрахованное лицо также предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы:

5.2.1 сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);

5.2.2 документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

5.2.3 надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя, - при обращении представителя Застрахованного лица;

5.2.4 надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

5.2.5 документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

5.2.6 документы (в т.ч. медицинского характера) и/или сведения, необходимые для организации и/или оказания медицинских и иных услуг: выписки из истории болезни (амбулаторной карты) с указанием диагноза, даты первичного диагностирования (установления) заболевания (состояния), и результатами клинико-диагностического лабораторного и/или инструментального исследования на основании которых диагностировано (установлено) такое заболевание (состояние), в т.ч. результаты морфологического исследования; документы необходимые для оказания иных услуг по организации проезда Застрахованного лица до места оказания медицинских услуг (если такие услуги оказываются Застрахованному лицу на территории иностранного государства).

Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом:

- применительно к электронному документу может предоставляться его копия, составленная путем визуализации такого документа на бумажном носителе с надлежаще проставленной в нем отметкой об электронной подписи, и заверенная в порядке, указанном выше.

- на Страхователя возлагается обязанность предоставить построчный 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.

5.3. При не предоставлении Застрахованным лицом документов / сведений, из числа указанных в п. 5.2 Программы, Страховщик (в т.ч. с привлечением сервисной компании, медицинской организации) вправе запросить необходимые документы / сведения в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента предоставления неполных документов / сведений.

5.4. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно согласно п. 5.3 Программы) принимает решение о страховой выплате и:

5.4.1. в целях осуществления страховой выплаты, самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает наиболее подходящую(-ие) медицинскую(-ие) организацию(-и) для лечения, подтвердившее(-ие) готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и (или) проведения соответствующей операции, и в этот же срок направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и программу лечения (план лечения).

Застрахованное лицо в течение 90 (девяноста) календарных дней с даты получения от Страховщика места, времени и программы лечения согласовывает либо отказывает в согласовании предложенных параметров с направлением Страховщику (привлеченной Страховщиком сервисной компании) соответствующего уведомления.

5.4.1.1. При согласовании Застрахованным лицом места, времени и программы лечения Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.4.1.2. При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) программы лечения (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченная сервисная компания) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен настоящим разделом для первоначального обращения. При этом, Застрахованное лицо обязано представить актуальные документы из числа указанных в п. 5.2 настоящей Программы (в том числе последние результаты анализов и тестов, заключений врача), а Страховщик вправе предложить иную программу лечения, в иной медицинской организации.

5.4.1.3. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и медицинской(-их) организации(-й), с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) организации(-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. Медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг.

5.5. Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно и (или) самостоятельно полученных Страховщиком) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с обоснованием отказа.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Лечение злокачественного новообразования (рака)»
(вариант "Для лиц 65+")

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой (при соблюдении всех положений, установленных настоящей Программой и договором страхования).

1.2. По настоящей программе установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»**, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение одного полисного года;

1.2.2. иные лимиты ответственности, предусмотренные разделом 3 настоящей Программы.

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории: **России**.

Раздел 2. Заболевания (состояния), при которых предоставляются медицинские и иные услуги.

2.1. В соответствии с условиями настоящей Программы при наступлении страхового случая по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, вследствие диагностирования **злокачественного новообразования (рак)** Застрахованному лицу врачом-специалистом впервые в течение срока страхования:

Под **злокачественным новообразованием (рак) (далее – злокачественное новообразование)** понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага и проникновению в ткань различного гистологического типа), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение срока страхования.

В определение **«злокачественное новообразование (рак)»** в том числе включается: лейкемия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

2.2. Из определения **«злокачественное новообразование (рак)»** в рамках настоящей Программы **исключаются:**

- Меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN0M0 по международной классификации TNM;
- Злокачественное новообразование предстательной железы, соответствующее следующим критериям:
 - стадия T1aN0M0 или T1bN0M0 по классификации TNM, и (или)
 - значение индекса Глисона - менее или равному 6 (шести) баллам (что относится к группе 1 гистологической прогностической классификации рака предстательной железы по ISUP*¹)

¹ ISUP – international society of uropatologists / международной ассоциации уропатологов

- 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 доброкачественные, неопределенного характера или предраковые заболевания;
- Базальноклеточная карцинома кожи, и плоскоклеточная карцинома кожи, и выбухающая дерматофибросаркома;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации Rai);
- Папиллярная или Фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1N0M0;
- Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически диагностированный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;
- Любые виды злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг.

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:

1.1. Злокачественное новообразование (рак) (п. 2.1 Программы):

<i>1. Стационарная медицинская помощь:</i>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клиничко-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
1.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
1.4. Выполнение лечебных манипуляций, процедур
1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.8. Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.9. Имплантация необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования
1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)
1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.13. Пребывание в дневном стационаре
<i>2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:</i>
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
2.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клиничко-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
2.4. Лечебные манипуляции, процедуры
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
<i>3. Паллиативная медицинская помощь.</i>
3.1.2. Оформление медицинской документации (рецепты на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинские справки, направления на консультации/медицинские исследования, выписки из истории болезни/амбулаторной карты, выписной эпикриз)
3.1.3. Медицинская помощь на дому (не более четырех обращений в течение срока страхования).
1.1. Врачебная медицинская помощь
1.2. Забор материала для лабораторных исследований

1.3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры
3.1.4. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования).
1.1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
1.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики
1.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи
1.4. Медицинская транспортировка бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования

3.2. Иные услуги, предоставляемые при заболеваниях, указанных в Разделе 2 Программы:

Предоставляемые иные услуги	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
<p>Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном² транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.</p>	40 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном¹ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.</p>	
<p>Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает. Данная услуга включает в себя оплату проживания Застрахованного лица в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	50 000 рублей
<p>Сопровождение Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	
Посмертная репатриация.	150 000 рублей
Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.	лимит не предусмотрен

Определения, используемые в пп. 3.1, 3.2 настоящей Программы:

Под *клинико-диагностическими лабораторными исследованиями* в настоящей Программе понимаются: гематологические исследования; генетические исследования; бактериоскопические

² За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

исследования; биохимические исследования; вирусологические исследования; иммунологические исследования; морфологические (гистологические, цитологические) исследования; иммуногистохимическое исследование; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; онкогематологические исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитологические исследования; цитохимические исследования.

Под инструментальными исследованиями в настоящей Программе понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография.

Под сопутствующими расходами в настоящей Программе понимаются затраты, связанные с обеспечением необходимых сопутствующих хирургической операции расходных материалов и оказанием услуг, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы; установление аппарата искусственного дыхания, проведение анестезии, установка капельниц.

Под медикаментами понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонизирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; *под перевязочными средствами* понимаются медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

К медицинским расходным материалам относят предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

Под изделиями для внутреннего протезирования понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы под *врачебной медицинской помощью* понимается комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Под медицинской транспортировкой понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортном средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и при условии, что такой перевод Застрахованного лица предписан лечащим врачом и необходим по медицинским показаниям и предварительно согласован со Страховщиком.

Под паллиативной медицинской помощью в настоящей Программе понимается комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больного, являющегося Застрахованным лицом.

Паллиативная помощь может оказываться Застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях.

Услуга по пребыванию Застрахованного лица в стационаре предоставляется, если заболевание, которым страдает Застрахованное лицо одновременно соответствует следующим критериям:

- носит прогрессирующий характер (т.е. постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии;

- является неизлечимым, обуславливая необходимость стационарного паллиативного лечения, и
- позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превышает нескольких недель или месяцев.

Под посмертной репатриацией в настоящей Программе понимается доставка тела Застрахованного лица к месту его постоянного проживания (месту погребения), если смерть Застрахованного лица наступила в период оказания ему медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.3. По настоящей Программе установлены следующие лимиты страхового обязательства Страховщика:

3.3.1. по Имплантации необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования – не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;

3.3.2. по Паллиативной медицинской помощи (п.3) 3.1.1 Программы – не более 500 000 (пятисот тысяч) рублей в течение срока страхования.

Раздел 4. Исключения из страхования.

4.1. Согласно разделу 3 Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования, по страховому риску «лечение критического заболевания» не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия) в следующих случаях:

4.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по страховому риску «лечение злокачественного новообразования (рака)»;

4.1.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой и (или) не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для обследования или лечения злокачественного новообразования;

4.1.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

4.1.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с болезнями и (или) состояниями, вызванными злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических и других психоактивных веществ;

4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;

4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг медицинских услуг, направленных на первичное диагностирование с целью определения диагноза - распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы;

4.1.7. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/организациями страны проведения лечения;

4.1.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), 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 применимой к Договору страхования Программой ДМС «Лечение злокачественного новообразования (рака)» и в соответствии с ее условиями;

4.1.9. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.1.10. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием в связи с расстройством здоровья, наступившим во время отбывания наказания в виде лишения, ограничения свободы, содержания под стражей.

Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе любым доступным способом (факс, электронная почта, письмо и т.д.).

5.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, а также все необходимые документы, подтверждающие поставленный диагноз. Застрахованное лицо также предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы:

5.2.1 сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);

5.2.2 документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

5.2.3 надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя, - при обращении представителя Застрахованного лица;

5.2.4 надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

5.2.5 документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

5.2.6 документы (в т.ч. медицинского характера) и/или сведения, необходимые для организации и/или оказания медицинских и иных услуг: выписки из истории болезни (амбулаторной карты) с указанием диагноза, даты первичного диагностирования (установления) заболевания (состояния), и результатами клинико-диагностического лабораторного и/или инструментального исследования на основании которых диагностировано (установлено) такое заболевание (состояние), в т.ч. результаты морфологического исследования; документы необходимые для оказания иных услуг по организации проезда Застрахованного лица до места оказания медицинских услуг (если такие услуги оказываются Застрахованному лицу на территории иностранного государства).

Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом:

- применительно к электронному документу может предоставляться его копия, составленная путем визуализации такого документа на бумажном носителе с надлежаще проставленной в нем отметкой об электронной подписи, и заверенная в порядке, указанном выше.

- на Страхователя возлагается обязанность предоставить построчный 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.

5.3. При не предоставлении Застрахованным лицом документов / сведений, из числа указанных в п. 5.2 Программы, Страховщик (в т.ч. с привлечением сервисной компании, медицинской организации) вправе

запросить необходимые документы / сведения в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента предоставления неполных документов / сведений.

5.4. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно согласно п. 5.3 Программы) принимает решение о страховой выплате и:

5.4.1. в целях осуществления страховой выплаты, самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает наиболее подходящую(-ие) медицинскую(-ие) организацию(-и) для лечения, подтвердившее(-ие) готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и (или) проведения соответствующей операции, и в этот же срок направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и программу лечения (план лечения).

Застрахованное лицо в течение 90 (девяноста) календарных дней с даты получения от Страховщика места, времени и программы лечения согласовывает либо отказывается в согласовании предложенных параметров с направлением Страховщику (привлеченной Страховщиком сервисной компании) соответствующего уведомления.

5.4.1.1. При согласовании Застрахованным лицом места, времени и программы лечения Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.4.1.2. При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) программы лечения (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченная сервисная компания) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен настоящим разделом для первоначального обращения. При этом, Застрахованное лицо обязано представить актуальные документы из числа указанных в п. 5.2 настоящей Программы (в том числе последние результаты анализов и тестов, заключений врача), а Страховщик вправе предложить иную программу лечения, в иной медицинской организации.

5.4.1.3. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и медицинской(-их) организации(-й), с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) организации(-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. Медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг;

5.5. Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно и (или) самостоятельно полученных Страховщиком) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с обоснованием отказа.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Лечение злокачественного новообразования (рака)»
(вариант "Детская")

Раздел 1. Общие положения

1.1 Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой (при соблюдении всех положений, установленных настоящей Программой и договором страхования).

1.2 По настоящей Программе установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1 не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»**, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение одного полисного года;

1.2.2 иные лимиты ответственности, предусмотренные разделом 3 настоящей Программы.

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в медицинских организациях, находящихся на территории: **России, Европы (за исключением Швейцарии), Израиля, Южной Кореи.**

Раздел 2. Заболевания (состояния), при которых предоставляются медицинские и иные услуги.

2.1. В соответствии с условиями настоящей Программы при наступлении страхового случая по страховому риску **«лечение злокачественного новообразования (рака)»** Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, вследствие диагностирования Застрахованному лицу злокачественного новообразования (рак) врачом-специалистом впервые в течение срока страхования:

2.1.1. Злокачественное новообразование (рак).

Под **злокачественным новообразованием (рак) (далее – злокачественное новообразование)** понимается заболевание, проявляющееся в развитии одной или нескольких злокачественных опухолей, характеризующихся отсутствием дифференцировки клеток, прогрессивным неконтролируемым ростом, способностью к метастазированию (распространению злокачественных клеток из первичного очага и проникновению в ткань различного гистологического типа), к инвазии и деструкции здоровых и окружающих опухоль тканей, диагностированное Застрахованному лицу на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение срока страхования.

В определение **«злокачественное новообразование (рак)»** в том числе включается: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

Дата постановки диагноза – это дата получения точного диагноза по результатам морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)).

Из определения **«злокачественное новообразование (рак)»** в рамках настоящей Программы **исключаются:**

- Меланома, максимальная толщина которой в соответствии с гистологическим заключением меньше 2 мм или которая не превышает уровень T2bN0M0 по международной классификации TNM;
- Злокачественное новообразование предстательной железы, соответствующее следующим критериям:
 - стадия T1aN0M0 или T1bN0M0 по классификации TNM, и (или)

- значение индекса Глисона - менее или равному 6 (шести) баллам (что относится к группе 1 гистологической прогностической классификации рака предстательной железы по ISUP*¹)
- 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 доброкачественные, неопределенного характера или предраковые заболевания;
- Базальноклеточная карцинома кожи и плоскоклеточная карцинома кожи, и выбухающая дерматофибросаркома;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз стадия А (по классификации Binet) или стадия I (по классификации Rai);
- Папиллярная или Фолликулярная карцинома щитовидной железы, гистологически диагностированная как T1N0M0;
- Неинвазивный папиллярный рак мочевого пузыря, гистологически диагностированный как имеющий стадию TaN0M0 или меньше;
- Любые виды злокачественных новообразований, протекающих на фоне ВИЧ –инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

2.1.2. **Состояние, требующее проведения Застрахованному лицу трансплантации костного мозга (или трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (далее по тексту «трансплантация»)).**

Под определением «**Трансплантация**» понимается плановая медицинская процедура по пересадке Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования, для лечения гематологических заболеваний и злокачественных новообразований (рака), диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в жизни в течение срока страхования.

Необходимость проведения и проведение трансплантации должны быть подтверждены медицинским заключением о необходимости трансплантации органов и (или) тканей человека, или иным медицинским документом, выдаваемым лечащим врачом-специалистом / консилиумом врачей, в соответствии с требованиями законодательства о трансплантации страны, в которой Застрахованное лицо проходит лечение и (или) получает соответствующее назначение врачом-специалистом (трансплантологом), специализирующимся в соответствующей области медицины.

Из определения «**Трансплантация**» в рамках настоящей Программы исключаются:

- Пересадка других органов, а также частей органов или тканей, не входящих в определение «Трансплантация»;
- Проведение трансплантации, когда Застрахованное лицо выступает донором в пользу третьего лица

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:

3.1.1. Злокачественное новообразование (рак) (п. 2.1.1 Программы):
<i>1. Стационарная медицинская помощь:</i>
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования
1.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
1.4. Лечебные манипуляции, процедуры
1.5. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы
1.6. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.7. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.8. Медикаменты (в том числе, противоопухолевые препараты и другие лекарственные препараты), необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.9. Имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования
1.10. Медицинские приборы и устройства
1.11. Пребывание в палате стационара (включая питание)

¹ ISUP – international society of urologists / международной ассоциации уропатологов

1.12. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
1.13. Пребывание в дневном стационаре
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
2.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
2.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
2.3. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
2.4. Лечебные манипуляции, процедуры
2.5. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы
3. Паллиативная медицинская помощь (на территории России).
3.1.2. «Трансплантация» (п. 2.1.2 Программы):
1. Стационарная медицинская помощь:
1.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
1.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, пробы на совместимость
1.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммуносупрессивная терапия
1.4. Получение, обработка, хранение костного мозга
1.5. Лечебные манипуляции, процедуры
1.6. Проведение трансплантации, включая сопутствующие расходы
1.7. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
1.8. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
1.9. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
1.10. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации
1.11. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост -
1.12. Пребывание в дневном стационаре
2. Поиск потенциальных доноров
3. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости хранения и доставки трансплантата до места, где будет производиться Трансплантация)
4. Амбулаторно-поликлиническая помощь:
4.1. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
4.2. Обследование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, включая пробы на совместимость, а также исследования, необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
4.3. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)
4.4. Лечебные процедуры, выполняемые средним медицинским персоналом
4.5. Гемодиализ, кроме перитонеального диализа
3.1.3. Оформление медицинской документации (рецепты на лекарственные препараты (кроме льготных), медицинские справки, направления на консультации/медицинские исследования, выписки из истории болезни/амбулаторной карты, выписной эпикриз)
3.1.4. Медицинская помощь на дому (не более четырех обращений в течение срока страхования).
1.1. Врачебная медицинская помощь
1.2. Забор материала для лабораторных исследований
1.3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры
3.1.5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования).
1.1. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

1.2. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики
1.3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи
1.4. Медицинская транспортировка бригадой скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования

3.2. Иные услуги, предоставляемые при заболеваниях, указанных в Разделе 2 Программы:

Предоставляемые иные услуги	Лимит ответственности Страховщика в течение срока страхования
<p>Проезд Застрахованного лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения и обратно, если оказание медицинской помощи планируется за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя: оплату проезда Застрахованного лица на железнодорожном² транспорте, на воздушных судах гражданской авиации; медицинскую транспортировку (при наличии показаний) до медицинской организации, в которой будет проводиться лечение или иного места размещения Застрахованного лица и обратно.</p>	100 000 рублей
<p>Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи вне места постоянного проживания.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проезда на железнодорожном¹ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.</p>	100 000 рублей
<p>Проживание Застрахованного лица в месте лечения, если оказание медицинской помощи планируется амбулаторно, за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживает.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания Застрахованного лица в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	100 000 рублей
<p>Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи.</p> <p>Данная услуга включает в себя оплату проживания одного сопровождающего лица в месте оказания медицинской помощи Застрахованному лицу, в отеле (3 или 4 звезды), с оплатой стоимости завтраков и иных услуг, включенных в стоимость номера.</p>	12 000 рублей
Оплата визовых сборов (если требуется), если оказание медицинской помощи Застрахованному лицу планируется за пределами Российской Федерации.	500 000 рублей
Посмертная репатриация.	лимит не предусмотрен
Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации и/или представителем сервисной компании, привлеченной Страховщиком.	лимит не предусмотрен
Услуги переводчика в период получения медицинской помощи, если ее оказание планируется за пределами Российской Федерации.	лимит не предусмотрен
<p>Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием и организацией медицинской помощи по настоящей Программе.</p> <p>Данная услуга включает консультации с целью помощи в получении визы (без оплаты ее стоимости) в страну назначения с целью прохождения Застрахованным лицом лечения, бронирование билетов (без оплаты их стоимости)</p>	лимит не предусмотрен

² За исключением оплаты стоимости проезда в пригородных поездах

Определения, используемые в пп. 3.1, 3.2 настоящей Программы:

Под клинико-диагностическими лабораторными исследованиями в настоящей Программе понимаются: гематологические исследования; генетические исследования; бактериоскопические исследования; биохимические исследования; вирусологические исследования; иммунологические исследования; морфологические (гистологические, цитологические) исследования; иммуногистохимическое исследование; культуральные исследования; микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); общеклинические (неинвазивные) методы исследования; онкогематологические исследования; серологические исследования; токсикологические исследования; цитологические исследования; цитохимические исследования.

Под инструментальными исследованиями в настоящей Программе понимаются: электрокардиография; ультразвуковое исследование; эхокардиография; электроэнцефалография; эндоскопическое исследование; рентгенография; рентгеноскопия; флюорография; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография или ядерно-магнитный резонанс; радионуклидное исследование; лазерная доплеровская флоуметрия; радиоизотопная диагностика; позитронно-эмиссионная томография.

Под сопутствующими расходами в настоящей Программе понимаются затраты, связанные с обеспечением необходимых сопутствующих хирургической операции расходных материалов и оказанием услуг, включая, но не ограничиваясь: стенты, катетеры, дренажи, перевязочные средства, одноразовые шприцы; установление аппарата искусственного дыхания, проведение анестезии, установка капельниц.

Под медикаментами понимаются лекарственные средства, выписанные врачом в соответствии с назначенным лечением, исключая любые пищевые добавки, укрепляющие/тонизирующие средства, минеральную воду, косметические средства, гигиенические средства, средства по уходу за телом, а также добавки для ванн; *под перевязочными средствами* понимаются медицинские изделия, применяемые для наложения повязок, осушения раны при перевязках и операциях, для тампонады, используемые для оказания медицинской помощи включая, но не ограничиваясь - салфетки, бинты, тампоны, пластыри, покрытия раневые.

К медицинским расходным материалам относят предметы, обеспечивающие работу медицинской техники, а также материалы для выполнения тех или иных процедур, включая, но не ограничиваясь: гели для исследований, пленки для рентген-диагностики, бумага для диагностической аппаратуры, контейнеры для сбора биоматериала, стерильные инструменты и материалы одноразового использования, применяемые в медицинской практике.

Под изделиями для внутреннего протезирования понимаются медицинские изделия (кроме зубных протезов), применяемые в медицинских целях, предназначенные производителем для восстановления, замещения анатомической структуры организма: экзопротез молочной железы.

Под медицинскими приборами и устройствами в настоящей Программе понимаются медицинские приборы и устройства, необходимые Застрахованному лицу по жизненным показаниям либо непосредственно облегчающие или уменьшающие физические недостатки (в частности, кардиостимуляторы, протезы конечностей и других органов, исключая зубные протезы), установленные Застрахованному лицу в период пребывания в стационаре, и которыми он пользуется.

По условиям настоящей Программы под *врачебной медицинской помощью* понимается комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых врачом, направленных на диагностику и лечение заболеваний Застрахованного лица и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Под медицинской транспортировкой понимается перевозка Застрахованного лица из дома / медицинской организации, где проходит лечение / аэропорта / ж/д вокзала / иного места размещения в аэропорт / на ж/д вокзал / другую медицинскую организацию, в которой будет проводиться лечение / иное место размещения на транспортном средстве (за исключением санитарно-авиационной транспортировки, осуществляемой воздушными судами) с медицинским оборудованием (штатным или временным) в сопровождении врача или фельдшера, при отсутствии противопоказаний для транспортировки и при условии, что такой перевод Застрахованного лица предписан лечащим врачом и необходим по медицинским показаниям и предварительно согласован со Страховщиком.

Под паллиативной медицинской помощью в настоящей Программе понимается комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больного, являющегося Застрахованным лицом.

Паллиативная помощь может оказываться Застрахованному лицу в стационарных и амбулаторных условиях.

Услуга по пребыванию Застрахованного лица в стационаре предоставляется, если заболевание, которым страдает Застрахованное лицо одновременно соответствует следующим критериям:

- носит прогрессирующий характер (т.е. постоянно ухудшается) и уже достигло запущенной стадии;
- является неизлечимым, обуславливая необходимость стационарного паллиативного лечения, и
- позволяет предположить, что ожидаемая продолжительность жизни не превышает нескольких недель или месяцев.

Под *посмертной репатриацией* в настоящей Программе понимается доставка тела Застрахованного лица к месту его постоянного проживания (месту погребения), если смерть Застрахованного лица наступила в период оказания ему медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, во время его нахождения за пределами административно-территориальных границ населенного пункта, в котором Застрахованное лицо постоянно проживало. Данная услуга включает в себя организацию посмертной репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Посмертная репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы.

3.3. По настоящей Программе установлены следующие лимиты страхового обязательства Страховщика:

3.3.1 по Имплантации необходимой в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования – не более 900 000 (девятьсот тысяч) рублей в течение срока страхования;

3.3.2. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение не более одной трансплантации в течение срока страхования;

3.3.3. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует и оплачивает проведение гемодиализа в количестве не более 8 (восьми) процедур в течение срока страхования;

3.3.4. по «Трансплантации» (п. 2.1.2 Программы) - Страховщик организует оказание и оплачивает медицинские услуги на сумму не более 3 000 000 (трех миллионов) рублей в течение всего срока страхования;

3.3.5. по Паллиативной медицинской помощи (п.3) 3.1.1 Программы – не более 500 000 (пятисот тысяч) рублей в течение срока страхования.

Раздел 4. Исключения из страхования.

4.1. Согласно разделу 3 Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования, по страховому риску «лечение критического заболевания» не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия) в следующих случаях:

4.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и иных услуг в связи с заболеванием/состоянием, диагностированным/установленным Застрахованному лицу до начала срока страхования, установленного Договором страхования по страховому риску «лечение злокачественного новообразования (рака);

4.1.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой и (или) не назначенных ему лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для обследования или лечения злокачественного новообразования;

4.1.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком;

4.1.4. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг в связи с болезнями и (или) состояниями, вызванными злоупотреблением алкоголем, употреблением наркотических и других психоактивных веществ;

4.1.5. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, необходимость которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка нахождения на лечении в медицинской организации;

4.1.6. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг медицинских услуг, направленных на первичное диагностирование с целью определения диагноза - распознавание

состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы;

4.1.7. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных профильными медицинскими объединениями/организациями страны проведения лечения;

4.1.8. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, включая, но не ограничиваясь, операцию по коррекции миопии (близорукости), 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 настоящей Программы и в соответствии с ее условиями;

4.1.9. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, связанных с лечением заболеваний и состояний, вызванных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), включая мутацию или другие подобные изменения;

4.1.10. обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием в связи с расстройством здоровья, наступившим во время отбывания наказания в виде лишения, ограничения свободы, содержания под стражей.

Раздел 5. Порядок организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе любым доступным способом (факс, электронная почта, письмо и т.д.).

5.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей программой Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, а также все необходимые документы, подтверждающие поставленный диагноз.

Застрахованное лицо также предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) следующие сведения и / или документы:

5.2.1 сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);

5.2.2 документы, удостоверяющие личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

5.2.3 надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя, - при обращении представителя Застрахованного лица;

5.2.4 надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

5.2.5 документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

5.2.6 документы (в т.ч. медицинского характера) и/или сведения, необходимые для организации и/или оказания медицинских и иных услуг: выписки из истории болезни (амбулаторной карты) с указанием диагноза, даты первичного диагностирования (установления) заболевания (состояния), и результатами клинико-диагностического лабораторного и/или инструментального исследования на основании которых диагностировано (установлено) такое заболевание (состояние), в т.ч. результаты морфологического исследования; документы необходимые для оказания иных услуг по организации проезда Застрахованного лица до места оказания медицинских услуг (если такие услуги оказываются Застрахованному лицу на территории иностранного государства).

Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который выдал документ и/или располагает его подлинником. При этом:

- применительно к электронному документу может предоставляться его копия, составленная путем визуализации такого документа на бумажном носителе с надлежаще проставленной в нем отметкой об электронной подписи, и заверенная в порядке, указанном выше.

- на Страхователя возлагается обязанность предоставить построчный 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.

5.3. При не предоставлении Застрахованным лицом документов / сведений, из числа указанных в п. 5.2 Программы, Страховщик (в т.ч. с привлечением сервисной компании, медицинской организации) вправе запросить необходимые документы / сведения в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента предоставления неполных документов / сведений.

5.4. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно согласно п. 5.3 Программы) принимает решение о страховой выплате и:

5.4.1. в целях осуществления страховой выплаты, самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает наиболее подходящую(-ие) медицинскую(-ие) организацию(-и) для лечения, подтвердившее(-ие) готовность принять Застрахованное лицо для прохождения соответствующего лечения и (или) проведения соответствующей операции, и в этот же срок направляет Застрахованному лицу на согласование место, время и программу лечения (план лечения).

Застрахованное лицо в течение 90 (девяноста) календарных дней с даты получения от Страховщика места, времени и программы лечения согласовывает либо отказывается в согласовании предложенных параметров с направлением Страховщику (привлеченной Страховщиком сервисной компании) соответствующего уведомления.

5.4.1.1. При согласовании Застрахованным лицом места, времени и программы лечения Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.4.1.2. При отказе Застрахованного лица от предложенных ему места, времени и (или) программы лечения (или в случае неполучения Страховщиком (привлеченной сервисной компанией) согласования в установленный срок), предложенные параметры отменяются и Страховщик (привлеченная сервисная компания) возобновляет рассмотрение заявленного события в том же порядке, который предусмотрен настоящим разделом для первоначального обращения. При этом, Застрахованное лицо обязано представить актуальные документы из числа указанных в п. 5.2 настоящей Программы (в том числе последние результаты анализов и тестов, заключений врача), а Страховщик вправе предложить иную программу лечения, в иной медицинской организации.

5.4.1.3. Организация и оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании и медицинской(-их) организации(-й), с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) организации(-ям) и сервисной компании, организованных и оказанных ими Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. Медицинские услуги и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг;

5.5. Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно и (или) самостоятельно полученных Страховщиком) и в тот же срок направляет Выгодоприобретателю (Застрахованному лицу) письменное уведомление с обоснованием отказа.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Второе экспертное медицинское мнение»

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») по предусмотренному Договором страхования страховому риску **«второе медицинское мнение»** (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой (при соблюдении всех положений, установленных настоящей Программой и Договором страхования).

1.2. По страховому риску «второе экспертное медицинское мнение» установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску **«второе медицинское мнение»** в течение одного полисного года;

1.2.2. не более 1 (одного) обращения Застрахованного лица за получением услуг в течение одного полисного года;

1.2.3. иные лимиты, установленные в разделе 2 настоящей Программы.

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. Второе экспертное медицинское мнение - консультация Застрахованного лица, имеющего первое медицинское мнение, проводимая врачом-специалистом по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации¹, 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. Медицинская информация - информация о состоянии здоровья Застрахованного лица (в том числе сведения о результатах медицинского обследования Застрахованного лица, заключение врача - специалиста 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 - специалиста, 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 экспертного медицинского мнения.

1.3.5. Первичное медицинское заключение (первое медицинское мнение) – первичное заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза, выданное лечащим врачом - специалистом, практикующим в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства и имеющим соответствующую квалификацию в области медицины, в которой было вынесено такое заключение

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. Страховщик вследствие наличия расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, в связи с которым вынесено первое медицинское мнение, организует оказание медицинских и иных услуг по получению Застрахованным лицом второго экспертного медицинского мнения о состоянии его здоровья в области медицины: **Онкология**

¹ В том числе с использованием системы Watson for Oncology (искусственный интеллект для выработки рекомендаций по лечению онкологических заболеваний).

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

2.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящей Программы:

2.2.1. Предоставление Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения в порядке, предусмотренном в разделе 3 настоящей Программы, при соблюдении следующих условий:

2.2.1.1. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачом-специалистом, назначенным по выбору Страховщика и (или) 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.

2.2.1.2. Второе экспертное медицинское мнение проводится врачами-специалистами, осуществляющими медицинскую деятельность на территории России, а также на территории иностранного(-ых) государств(-а), в соответствии с требованиями законодательства государства, на территории которого врачи-специалисты осуществляют свою профессиональную деятельность.

2.2.1.3. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение и (или) комментарии врача-специалиста 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 экспертного медицинского мнения.

2.2.2. Предоставление Застрахованному лицу сопутствующих медицинских услуг осуществляется в выбранных Страховщиком (привлеченной им сервисной компанией) медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации:

2.2.2.1. Проведение Застрахованному лицу медицинских исследований, включающих в себя лабораторные тесты, ультразвуковые и радиологические исследования и другие исследования, которые по мнению врача-специалиста, привлеченного Страховщиком и (или) сервисной компанией для составления второго экспертного медицинского мнения, необходимы в целях подготовки второго экспертного медицинского мнения.

2.2.2.2. Проведение Застрахованному лицу медицинских диагностических исследований, которые были рекомендованы Застрахованному лицу, врачом-специалистом, подготовившим второе экспертное медицинское мнение, по итогам рассмотрения и оценки медицинских документов / информации, предоставленной Застрахованным лицом;

2.2.2.3. Лимит страхового обязательства Страховщика по сопутствующим медицинским услугам, указанным в п.п. 2.2.2.1, 2.2.2.2 настоящей Программы, установлен в размере **30 000** (тридцать тысяч) рублей в течение срока страхования.

2.2.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.2.3.1. Услуги по выполнению перевода на иностранный язык медицинских документов, предоставленных Застрахованным лицом, в целях подготовки запроса на получение второго экспертного медицинского мнения и/или по выполнению перевода на русский язык полученного второго экспертного медицинского мнения.

2.2.3.2. Консультационные услуги в связи с заболеванием(состоянием), в отношении которого Застрахованному лицу представляется второе экспертное 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 высокотехнологичную медицинскую помощь;
- консультирование по вопросам, связанным с правами граждан на получение медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- помощь при организации оказания Застрахованному лицу сопутствующих медицинских услуг, указанных в п. 2.2.2 настоящей Программы: организация трансфера, проживания,

сопровождения в месте лечения (без оплаты стоимости лечения, билетов, трансфера, проживания, услуг по сопровождению).

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

3.1. В целях получения медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному лицу необходимо обратиться в порядке, предусмотренном в информационных материалах Страховщика.

Страховщик имеет право для организации оказания Застрахованному лицу услуг, предусмотренных настоящей Программой, привлечь сервисную компанию.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Застрахованному лицу необходимо предоставить Страховщику (сервисной компании, если привлекается Страховщиком) следующие сведения и (или) документы:

3.2.1. сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);

3.2.2. надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

3.2.3. документы, позволяющие удостоверить личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

3.2.4. надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя, - при обращении представителя Застрахованного лица

3.2.5. документы / сведения, предоставление которых обусловлено исполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков (в частности, согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

3.2.6. наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинские документы, содержащие первое медицинское мнение: выписка из истории болезни с указанием назначенного и проведенного Застрахованному лицу лечению, первичное заключение врача-специалиста о наличии у Застрахованного лица заболевания, включая результаты медицинского обследования, на основании которых вынесено такое заключение. (При этом, Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо о том какие сведения и медицинские документы он должен представить, в т.ч. может ограничить период, за который предоставляются медицинские документы).

3.3. При не предоставлении Застрахованным лицом документов / сведений, из числа указанных в п. 3.2 Программы, Страховщик (в т.ч. с привлечением сервисной компании) вправе запросить необходимые документы / сведения в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента предоставления неполных документов / сведений.

3.4. Страховщик принимает решение о страховой выплате и в целях осуществления страховой выплаты в течение 30 (тридцати) календарных дней (с момента получения последнего из всех необходимых документов (в т. ч. запрошенных дополнительно согласно п. 3.3 Программы), самостоятельно или с привлечением сервисной компании подбирает медицинскую(-ие) и иные организации и привлекает врачей-специалистов для предоставления Застрахованному лицу второго экспертного медицинского мнения, сопутствующих медицинских услуг и иных услуг, из числа указанных в подп. 2.2.2, 2.2.3 настоящей Программы, и в этот же срок направляет уведомление Застрахованному лицу о привлеченных врачах-специалистах для предоставления ему второго экспертного медицинского мнения, организованных сопутствующих медицинских услугах и иных услугах (если они организованы Страховщиком или сервисной компанией).

Страховщик (привлеченная сервисная компания) организует оказание и оплачивает медицинские, сопутствующие медицинским услугам и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, в пределах страховой суммы с учетом лимитов ответственности Страховщика и иных условий, предусмотренных договором страхования.

Организация и оказание медицинских, сопутствующих медицинским услугам и иные услуги Застрахованному лицу осуществляется Страховщиком с привлечением сервисной компании, медицинской(-

их) и иной организаций, с последующей оплатой такой(-им) медицинской(-им) и иной организациям, сервисной компании, организованных и оказанных Застрахованному лицу медицинских, сопутствующих медицинским услугам и иных услуг.

Медицинские, сопутствующие медицинским услуги и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской и иной организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг.

3.5. Решение об отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) календарных дней после получения последнего из всех необходимых документов (в том числе запрошенных дополнительно согласно п. 3.3 Программы) и в тот же срок направляет Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) письменное уведомление с обоснованием отказа.

Раздел 4. Исключения из страхования

4.1. Согласно разделу 3 Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования, по страховому риску «второе медицинское мнение» Не признается страховым случаем и в связи с этим Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия) в следующих случаях:

4.1.1. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и (или) иных услуг, не предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение»;

4.1.2. обращение Застрахованного лица за организацией медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой ДМС «Второе экспертное медицинское мнение», если Застрахованному лицу не был установлен диагноз в соответствующей области медицины, по которой он обращается за получением второго экспертного медицинского мнения (т.е. не было вынесено первое медицинское мнение (как оно определено в настоящей Программе));

4.1.3. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и (или) иных услуг в медицинские и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«Чек-ап» (вариант «Стандартный»)**

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску **«чек-ап»** (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой (при соблюдении всех положений, установленных настоящей Программой и договором страхования).

1.2. По настоящей программе установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску **«чек-ап»**, совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение одного полисного года;

1.2.2. медицинское обследование Застрахованного лица в объеме: один раз в течение одного полисного года.

1.2.3. иные лимиты ответственности (объем услуг), предусмотренные разделом 2 настоящей Программы.

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу амбулаторно в медицинских организациях, находящихся на территории России (территория оказания услуг).

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят следующие услуги:

2.1. **Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:**

	Программы	
	для женщин	для мужчин
Услуги лаборатории	Взятие крови из вены	Взятие крови из вены
Лабораторные исследования	<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) • Цитологическое исследование соскобов шейки матки и цервикального канала методом жидкостной цитологии • Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка) 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) • Исследование уровня простатспецифического антигена общего (ПСА общий) в крови • Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка)

Диагностические исследования	<ul style="list-style-type: none"> УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и регионарных лимфоузлов УЗИ молочных желез и регионарных лимфоузлов (аксиллярные, над- и подключичные) (проводится женщинам до 30 лет)¹ Маммография в двух стандартных проекциях (двух молочных желез) (проводится женщинам после 30 лет и до 30 лет - по результатам УЗИ)¹ 	<ul style="list-style-type: none"> УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и регионарных лимфоузлов Рентгенография органов грудной клетки (в 2-х проекциях)
-------------------------------------	--	---

2.2. Консультация врача:

для женщин	для мужчин
<ul style="list-style-type: none"> Первичный прием врача-терапевта Первичный прием врача-акушера-гинеколога Повторный прием врача-терапевта Первичный прием врача-онколога (по направлению врача-терапевта) 	<ul style="list-style-type: none"> Первичный прием врача-терапевта Первичный прием врача-уролога Повторный прием врача-терапевта Первичный прием врача-онколога (по направлению врача-терапевта)

2.3. Предоставление в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, результатов исследований, выполненных в соответствии с п. 2.1 Программы, а также медицинского заключения врачей-специалистов по результатам консультаций, проведенных в соответствии с п. 2.2 настоящей Программы.

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

3.1. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Страхователю (Застрахованному лицу) необходимо зарегистрироваться в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе:

3.1.1. порядок регистрации и получения услуг по настоящей Программе изложен в информационных материалах и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальный на момент обращения;

3.1.2. Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо о медицинских организациях, в которых проводится медицинское обследование согласно п. 2.1, 2.2 Программы.

Медицинское обследование проводится в медицинских организациях, определенных Страховщиком, перечень которых с указанием адреса места нахождения, контактного телефона и режима работы, размещается в личном кабинете в онлайн-ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить следующие сведения и / или документы:

3.2.1. сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);

3.2.2. предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);

3.2.3. документы, позволяющие удостоверить личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);

3.2.4. предоставляется по требованию – документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку

¹ Исследование проводится женщинам на 5-10 день цикла.

персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);

3.2.5. предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по настоящей Программе. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинские документы с указанием медицинских назначений (предоставляются для подбора медицинских услуг в рамках прохождения чек-ап).

- 3.3. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:
- 3.3.1. услуги, предусмотренные п. 2.1, 2.2 настоящей Программы, оказываются в срок не позднее 14 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию.
- Результаты исследований, выполненных в соответствии с п. 2.1 Программы, размещаются в личном кабинете в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, по мере их выполнения;
- 3.3.2. медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам консультаций врачей-специалистов, дополнительно направляются в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, в срок не позднее 48 часов с момента оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы.
- 3.4. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.1, 2.2 Программы, не менее чем за 24 часа до начала их оказания, 1 раз в течение полисного года:
- 3.4.1. услуги, предусмотренные п. 2.1, 2.2 Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 24 часа, входят в объем предоставленных Страховщиком в текущем полисном году, в рамках настоящей Программы;
- 3.4.2. под началом оказания услуг, из числа предусмотренных в п. 2.1, 2.2 настоящей Программы, понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией) в соответствии с п. 3.1.2 настоящей Программы, которое было назначено Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

Раздел 4. Исключения из страхования.

Согласно разделу 3 Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования, по страховому риску «чек-ап» не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия):

- 4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС «Чек-ап»;
- 4.2. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и (или) иных услуг, не согласованных со Страховщиком;
- 4.3. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

«ЧЕК-АП» вариант «Расширенный»

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая по предусмотренному договором страхования страховому риску «чек-ап» (при отсутствии оснований для отказа в страховой выплате) в счет страховой выплаты организует оказание Застрахованному лицу и оплачивает привлеченным медицинским и иным организациям оказанные ими медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой (при соблюдении всех положений, установленных настоящей Программой и договором страхования).

1.2. По настоящей программе установлены следующие лимиты страхового обязательства (лимиты ответственности) Страховщика:

1.2.1. не более страховой суммы, установленной договором страхования по страховому риску «чек-ап», совокупно по всем обращениям Застрахованного лица в течение одного полисного года;

1.2.2. медицинское обследование Застрахованного лица в объеме: один раз в течение одного полисного года.

1.2.3. иные лимиты ответственности, предусмотренные разделом 2 настоящей Программы.

1.3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются Застрахованному лицу амбулаторно в медицинских организациях, находящихся на территории России (территория оказания услуг).

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

В объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы, входят следующие услуги:

2.1. Проведение Застрахованному лицу медицинского обследования в объеме:

	Программы	
	для женщин	для мужчин
Услуги лаборатории	Взятие крови из вены	Взятие крови из вены
Лабораторные исследования	<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты; лейкоцитарная формула, СОЭ) • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) • СА-125 (Углеводный антиген 125) • СА-19-9 (Углеводный антиген 19-9) • Цитологическое исследование соскобов шейки матки и цервикального канала методом жидкостной цитологии 	<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты; лейкоцитарная формула, СОЭ) • Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, билирубин общий, щелочная фосфатаза, билирубин прямой, холестерин общий, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок; железо сыворотки) • Простатспецифический антиген общий (ПСА общий) • Простатспецифический антиген свободный (ПСА свободный) • СА-19-9 (Углеводный антиген 19-9) • Альфа-фетопротейн (АФП) • СА-72-4 (Углеводный антиген 72-4)

	<ul style="list-style-type: none"> Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка) 	<ul style="list-style-type: none"> Анализ мочи общий (анализ мочи с микроскопией осадка)
Диагностические исследования	<ul style="list-style-type: none"> УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, селезенка) УЗИ почек, надпочечников и забрюшинного пространства УЗИ молочных желез и регионарных лимфоузлов (аксиллярные, над- и подключичные) (проводится женщинам до 30 лет)¹ Маммография в двух стандартных проекциях (двух молочных желез) (проводится женщинам после 30 лет и до 30 лет - по результатам УЗИ)¹ 	<ul style="list-style-type: none"> УЗИ органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, селезенка) УЗИ почек, надпочечников и забрюшинного пространства Рентгенография органов грудной клетки (в 2-х проекциях)

2.2. Консультация врача:

для женщин	для мужчин
<ul style="list-style-type: none"> Первичный прием врача-терапевта Первичный прием врача-акушера-гинеколога Первичный прием врача-маммолога-онколога Повторный прием врача-терапевта 	<ul style="list-style-type: none"> Первичный прием врача-терапевта Первичный прием врача-уролога Первичный прием врача-онколога-дерматолога (по назначению врача-терапевта) Повторный прием врача-терапевта

2.3. Предоставление в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, результатов исследований, выполненных в соответствии с п. 2.1 Программы, а также медицинского заключения врачей-специалистов по результатам консультаций, проведенных в соответствии с п. 2.2 настоящей Программы.

2.4. Иные услуги², предоставляемые в рамках настоящей Программы:

Предоставляемые иные услуги	Лимит ответственности Страховщика в течение полисного года
Размещение (включая питание) в 2-х, 3-х местной палате стационара	на время прохождения Чек-ап и не более 2-х календарных дней

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

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

3.1.1. порядок регистрации и получения услуг по настоящей Программе изложен в информационных материалах и/или на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» (и/или на сайте сервисной компании, если привлекается), актуальный на момент обращения;

3.1.2. Страховщик (сервисная компания) информирует Застрахованное лицо о медицинских организациях, в которых проводится медицинское обследование согласно п. 2.1 - 2.4 Программы.

Медицинское обследование проводится в медицинских организациях, определенных Страховщиком, перечень которых с указанием адреса места нахождения, контактного телефона и режима работы, размещается в личном кабинете в онлайн-ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе.

3.2. Для получения услуг, предусмотренных настоящей Программой, Страхователь (Застрахованное лицо) обязано предоставить следующие сведения и / или документы (предоставляется по требованию):

¹ Исследование проводится женщинам на 5-10 день цикла.

² Страховщик организует и оплачивает иные услуги, предусмотренные в п. 2.4 Программы, если медицинское обследование в соответствии с п. 2.1-2.3 Программы, проводится Застрахованному лицу в условиях стационара.

- 3.2.1. сведения о реквизитах договора страхования (в т.ч. номер, дата заключения);
- 3.2.2. предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена);
- 3.2.3. документы, позволяющие удостоверить личность Застрахованного лица и заявителя (если отличается от Застрахованного лица), и, если применимо, дополнительные документы, подтверждающие право на обращение по договору страхования (например, документы, подтверждающие изменение персональных данных);
- 3.2.4. предоставляется по требованию - документы / сведения, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации и (или) обязательными для Страховщика положениями, установленными объединением страховщиков; согласие на обработку персональных данных (предоставляется в случаях, если согласно законодательству Российской Федерации, Страховщик (медицинская организация и (или) сервисная компания) не вправе осуществлять обработку персональных данных без такого согласия); согласие на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, в т.ч. на получение медицинских документов);
- 3.2.5. предоставляется по требованию - документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по настоящей Программе. Наиболее распространенными в этой связи документами являются медицинские документы с указанием медицинских назначений (предоставляются для подбора медицинских услуг в рамках прохождения чек-ап).
- 3.3. Услуги, предусмотренные настоящей Программой, оказываются в следующие сроки:
- 3.3.1. услуги, предусмотренные п. 2.1 - 2.4 настоящей Программы, оказываются в срок не позднее 14 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию.
- Результаты исследований, выполненных в соответствии с п. 2.1 Программы, размещаются в личном кабинете в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, по мере их выполнения;
- 3.3.2. медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам консультаций врачей-специалистов, дополнительно направляются в личный кабинет в онлайн ресурсе, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, в срок не позднее 48 часов с момента оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных п. 2.2 настоящей Программы.
- 3.4. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.1 - 2.4 Программы, не менее чем за 48 часов до начала их оказания, 1 раз в течение полисного года:
- 3.4.1. услуги, предусмотренные п. 2.1 - 2.4 Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 48 часов, входят в объем предоставленных Страховщиком в текущем полисном году, в рамках настоящей Программы;
- 3.4.2. под началом оказания услуг, из числа предусмотренных в п. 2.1 - 2.4 настоящей Программы, понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией) в соответствии с п. 3.1.2 настоящей Программы, которое было назначено Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

Раздел 4. Исключения из страхования.

Согласно разделу 3 Правил страхования, на основании которых заключен Договор страхования, по страховому риску «чек-ап» не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг (исключения из страхового покрытия):

- 4.1. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, не предусмотренных применимой к Договору страхования Программой ДМС «Чек-ап»;
- 4.2. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг и (или) иных услуг, не согласованных со Страховщиком;
- 4.3. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг в медицинские организации и сервисные компании, которые не определены (не согласованы) со Страховщиком.