

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**"Лечение злокачественного онкологического заболевания"
(вариант "Для людей старшего поколения (+65) (Россия)")****Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги в объеме, указанном в настоящей Программе добровольного медицинского страхования (далее также – Программа) при соблюдении всех положений, определений, исключений из страхования, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования (страховым полисом) (далее – Договор страхования), настоящей Программой.

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

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

2.1. В соответствии с условиями настоящей Программы при наступлении страхового случая Страховщик организует оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Разделом 3 настоящей Программы, при заболеваниях и состояниях, диагностированных Застрахованному лицу врачом-специалистом в течение срока страхования впервые в жизни:

2.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание.

Под злокачественным онкологическим заболеванием 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 онкологическое заболевание» в том числе включается: лейкомия, злокачественные лимфомы, включая лимфому кожи, болезнь Ходжкина, злокачественные заболевания костного мозга, и саркома.

При этом по смыслу настоящего определения НЕ являются злокачественным онкологическим заболеванием:

- Злокачественные опухоли кожи, за исключением меланомы;
- Базальноклеточная карцинома и плоскоклеточная карцинома;
- Новообразования in situ (преинвазивный или интраэпителиальный рак), включая дисплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3), а также любые опухоли гистологически описанные как Новообразования неопределенного или неизвестного характера;
- Хронический лимфоцитарный лейкоз;

- Любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ-инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши).

2.1.2. Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица, требующие Трансплантации костного мозга (далее также Трансплантация – плановая медицинская процедура, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования, для лечения гематологических, онкологических заболеваний, диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) в течение срока страхования впервые в жизни).

Под трансплантацией понимается пересадка Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя.

Необходимость проведения Трансплантации должна быть подтверждена не менее чем двумя врачами-специалистами, специализирующимся в соответствующей области медицины.

При этом по смыслу настоящего определения не является Трансплантацией пересадка костного мозга, когда Застрахованное лицо является донором для третьего лица.

Раздел 3. Объем предоставляемых медицинских и иных услуг

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые в рамках настоящей Программы:

3.1.1. Злокачественное онкологическое заболевание (п. 2.1.1. Программы):

3.1.1.1. Стационарная медицинская помощь:

а. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)

б. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования

в. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, радиоизотопное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия

г. Выполнение лечебных манипуляций, процедур

д. Оперативное вмешательство, включая сопутствующие расходы

е. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия

ж. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача

з. 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

и. Имплантация необходимая в целях реконструктивного лечения, включая стоимость изделий для внутреннего протезирования

к. Медицинские приборы и устройства

л. Пребывание в палате стационара (включая питание)

м. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней

н. Пребывание в дневном стационаре

3.1.1.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- а. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
- б. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара
- в. Лечение: консервативное лечение, хирургическое лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммунологическая терапия
- г. Лечебные манипуляции, процедуры
- д. Обезболивающие, противоопухолевые препараты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы

3.1.1.3. Паллиативная медицинская помощь (на территории России)

3.1.2. «Трансплантация» (п. 2.1.2 Программы):

3.1.2.1. Стационарная медицинская помощь:

- а. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)
- б. Диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, пробы на совместимость
- в. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, химиотерапия, лучевая терапия, гормональная терапия, иммуносупрессивная терапия
- г. Получение, обработка, хранение костного мозга
- д. Лечебные манипуляции, процедуры
- е. Проведение трансплантации, включая сопутствующие расходы
- ж. Пребывание в реанимации, блоке интенсивной терапии, включая реанимационные мероприятия
- з. Анестезия, обезболивающие препараты по назначению лечащего врача
- и. Медикаменты, необходимые для лечения и назначенные лечащим врачом, перевязочные средства, медицинские расходные материалы, кровь и ее компоненты
- к. Пребывание в палате стационара (включая питание) до 30 календарных дней перед выполнением Трансплантации, до 335 календарных дней после выполнения Трансплантации
- л. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост не более 8 дней
- м. Пребывание в дневном стационаре

3.1.2.2. Поиск потенциальных доноров

3.1.2.3. Получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости хранения и доставки трансплантата до места, где будет производиться Трансплантация)

3.1.2.4. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- а. Врачебная медицинская помощь (обследование, лечение)

б. Диагностирование, 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

в. Лечение, включая, но не ограничиваясь: консервативное лечение, иное лечение (включая мониторинг, антибактериальная профилактика, противогрибковая терапия, иммунологическая терапия и пр.)

г. Лечебные манипуляции, процедуры

д. Медицинская документация (оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинской справки, направлений и выписки из амбулаторной карты)

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)

а. Врачебная медицинская помощь врача-терапевта

1.2. Забор материала для лабораторных исследований (по назначению врача)

1.3. Лечебные и диагностические манипуляции, процедуры (по назначению врача)

3.1.5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (не более трех обращений в течение срока страхования)

а. Выезд бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи

б. Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики

в. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи

г. 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
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 железнодорожном (за исключением стоимости проезда в пригородных поездах) 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.	40 000 рублей

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 железнодорожном ¹ транспорте, на воздушных судах гражданской авиации одного сопровождающего лица до места проведения амбулаторного, стационарного лечения Застрахованного лица и обратно.	
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 (услуг, включенных в стоимость проживания), с оплатой стоимости завтраков.	50 000 рублей
Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, 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 (услуг, включенных в стоимость проживания) с оплатой стоимости завтраков.	
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; клинико-морфологические (гистологические) исследования; 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 транспорте 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 и не более пяти трансплантаций в течение жизни Застрахованного лица;

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 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.

3.3.6. пожизненный лимит, в пределах которого Страховщик организует и оплачивает оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в течение жизни Застрахованного лица составляет 2 (две) страховые суммы, установленные по данной Программе Договором страхования.

Раздел 4. Исключения из страхования

4.1. Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг:

4.1.1. 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 диагностирования или лечения заболевания;

4.1.2. обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг по поводу заболеваний, не предусмотренных настоящей Программой;

4.1.3. обращение за оказанием медицинских услуг лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой;

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 в медицинские и сервисные организации выбор которых не был согласован со Страховщиком;

4.1.6. 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 настоящей Программе, или диагностированного/установленного после окончания срока страхования (в т.ч. досрочного);

4.1.7. направленных на распознавание (диагностику) состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, предусмотренных п. 2.1 настоящей Программы.

4.2. Не признается страховым случаем и, следовательно, Страховщик не организует оказание и не производит оплату медицинских услуг и иных услуг (исключения из страхования) обращение Застрахованного лица за организацией и оказанием медицинских услуг и иных услуг:

4.2.1. связанных с применением экспериментальных методов лечения, не одобренных Всемирной медицинской ассоциацией (Хельсинская декларация) и/или другими профильными объединениями/организациями;

4.2.2. в связи с родовыми травмами и/или врождёнными пороками развития;

4.2.3. 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;

4.2.4. в связи с Вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) или заболеваниями и состояниями, вызванными ВИЧ, включая синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), мутации, вариации или деривации;

4.2.5. в связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

4.2.6. в связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

4.2.7. в связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

4.2.8. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом противоправных деяний, а также в результате совершения или подготовки террористического акта;

4.2.9. в связи с расстройством здоровья, наступившим в результате умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений, попытки самоубийства, в том числе связанных с психическими заболеваниями или расстройствами поведения.

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

4.3.1. трансплантация органов и/или их долей, не предусмотренных настоящей Программой;

4.3.2. трансплантация вследствие алкогольной болезни печени.

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

5.1. После диагностирования Застрахованному лицу заболевания / состояния, из числа перечисленных в п. 2.1 настоящей Программы, Застрахованное лицо обязано проинформировать Страховщика о диагнозе любыми доступными средствами (факс, электронная почта, письмо и т.д.) путем направления Страховщику надлежащим образом подписанного заявления по установленной форме (если предусмотрена).

5.2. Застрахованное лицо предоставляет Страховщику (сервисной компании, если привлекается) всю имеющуюся информацию, касающуюся заболевания, а также все необходимые документы, подтверждающие поставленный диагноз.

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

- копии документов, позволяющих удостоверить личность заявителя;
- при обращении представителя Застрахованного лица - надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (предоставляется по требованию);
- письменное согласие на доступ к конфиденциальной информации и медицинской документации третьим лицам;
- медицинские документы (историю болезни, результаты проведенных исследований и испытаний, и другие документы).

5.4. Страховщик (сервисная компания, если привлекается) проводит экспертизу полученных медицинских документов, а затем принимает решение о признании или непризнании события страховым случаем или о недостаточности предоставленных документов/сведений.

5.4.1. В случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) вправе потребовать, а Застрахованное лицо должно предоставить дополнительные документы, относящиеся к событию, имеющему признаки страхового случая.

5.4.2. В случае необходимости Страховщик (сервисная компания, если привлекается) в рамках исполнения обязательств по Договору страхования, вправе запросить любую информацию, касающуюся Застрахованного лица в любом лечебно-профилактическом или особого типа учреждении здравоохранения и/или частного врача, у которых он проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений о факте его обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

5.5. При признании события страховым случаем, Страховщик (сервисная компания, если привлекается) подбирает наиболее подходящее медицинское учреждение для лечения заболевания / состояния, из числа указанных в п. 2.1 настоящей Программы, и согласовывает место и программу лечения с Застрахованным лицом (лицом, представляющим интересы Застрахованного лица).

5.6. При согласии Застрахованного лица на предлагаемое лечение Страховщик (сервисная компания, если привлекается) организует и оплачивает медицинские и иные расходы, предусмотренные настоящей Программой, в пределах лимитов ответственности Страховщика и установленной Договором страхования страховой сумм.

5.7. Застрахованное лицо имеет возможность отказаться от оказания согласованных услуг, указанных в п.5.5 настоящей Программы, не менее чем за 15 рабочих дней до начала оказания услуг при условии, что указанные услуги частично или полностью не оплачены Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается).

5.7.1. Услуги из числа указанных в п. 5.5 настоящей Программы, в отношении которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 15 рабочих дней до начала оказания услуг, и за которые Страховщик (сервисная компания, если привлекается) произвел частичную или полную оплату в входят в объем предоставленных по настоящей Программе услуг и на их стоимость уменьшается страховая сумма, а также уменьшаются лимиты ответственности (в том числе по количеству обращений).

5.7.2. При этом в настоящей Программе под началом оказания услуг понимается дата и время (если было установлено), которое было назначено Застрахованному лицу как дата и время оказания ему услуг, из числа предусмотренных в п. 5.5 настоящей Программы, в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисная компания, если привлекается) для оказания таких услуг Застрахованному лицу.

6.1. Страховщик имеет право потребовать у Страхователя / Застрахованного лица, а Страхователь / Застрахованное лицо в случае предъявления такого требования обязан возместить Страховщику понесенные расходы по оплате следующих услуг:

Раздел 6. Обязанности Страхователя

6.1. Страховщик имеет право потребовать у Страхователя / Застрахованного лица, а Страхователь / Застрахованное лицо в случае предъявления такого требования обязан возместить Страховщику понесенные расходы по оплате следующих услуг:

6.1.1. вызов врача-терапевта на дом по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, сотруднику соответствующей службы медицинского учреждения или работнику ООО СК «Сбербанк страхование жизни»;

6.1.2. отсутствие Застрахованного лица по указанному при вызове врача-терапевта на дом адресу;

6.1.3. отказ от услуг врача-терапевта по его прибытию на место вызова;

6.1.4. вызов врача-терапевта на дом для лиц, не застрахованных по соответствующей Программе;

6.1.5. вызов врача-терапевта на дом с целью получения плановых консультаций, направлений на плановые обследования, выписки рецептов на льготную категорию лекарственных препаратов, а также с целью закрытия листа нетрудоспособности;

6.1.6. вызов врача-терапевта на дом к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, в том числе с целью получения листа нетрудоспособности.

6.2. При неоплате Страхователем предъявленной суммы в течение 5 банковских дней с момента получения счета, ООО СК «Сбербанк страхование жизни» вправе прекратить оказание Застрахованному лицу

медицинских услуг, предусмотренных Разделом 3 настоящей Программы. Страховщик вправе обратиться за взысканием понесенных расходов по оплате предусмотренных п.п. 6.1.1 – 6.1.6 услуг в судебном порядке.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

"Чек-ап" (вариант "Стандартный")

Раздел 1. Общие положения

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские услуги, предусмотренные разделом 2 настоящей Программы добровольного медицинского страхования (далее также – Программа ДМС, Программа) в рамках лимита ответственности Страховщика, указанного в Договоре страхования и/или в настоящей Программе.

1.2. Страховым случаем в рамках действия настоящей Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных настоящей Программой, в связи с необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, в размере, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования, настоящей Программой (при наличии).

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	- 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)	- 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	• 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	• УЗИ щитовидной железы, паращитовидных желез и регионарных лимфоузлов • Рентгенография органов грудной клетки (в 2-х проекциях)
-------------------------------------	--	---

¹Исследование проводится женщинам на 5-10 день цикла.

2.2. Консультация врача:

для женщин	для мужчин
• Первичный прием врача-терапевта • Первичный прием врача-акушера-гинеколога • Повторный прием врача-терапевта • Первичный прием врача-онколога (по направлению врача-терапевта)	• Первичный прием врача-терапевта • Первичный прием врача-уролога • Повторный прием врача-терапевта • Первичный прием врача-онколога (по направлению врача-терапевта)

2.3. Предоставление Застрахованному лицу 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:

3.1.1. Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику по телефону 900 (бесплатно по России) или +7 495 500-55-50.

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. предоставить Страховщику следующие сведения и / или документы:

3.1.2.1. договор страхования или реквизиты, позволяющие его идентифицировать (в т.ч. номер, дата заключения);

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

3.1.2.3. документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;

3.1.2.4. предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;

3.1.2.5. предоставляется по требованию – документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по настоящей Программе.

3.1.3. Страховщик (сервисная компания, если привлекается) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации на официальном сайте Страховщика, сервисной компании) о медицинских организациях, в которых проводится медицинское обследование, указанное в Разделе 2 Программы.

Медицинское обследование проводится в медицинских организациях, определенных Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается).

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

3.2.1. услуги, предусмотренные пп. 2.1, 2.2 настоящей Программы, оказываются в срок не позднее 14 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию.

3.2.2. медицинское заключение (письменные рекомендации) по результатам проведенного медицинского исследования, консультаций врачей-специалистов передаются Застрахованному лицу в срок не позднее 48 часов с момента оказания Застрахованному лицу данных услуг.

3.3. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.1, 2.2 Программы, менее чем за 24 часа до начала их оказания, 1 раз в течение полисного года:

3.3.1. 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;

3.3.2. 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. Основания отказа в страховой выплате

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

4.1.1. количество обращений за оказанием медицинских услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования (настоящей Программой).

Страховщик отказывает в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;

4.1.2. обращение за оказанием медицинских услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

4.1.3. за оказанием медицинских услуг обратилось лицо, не являющееся Застрахованным лицом по договору страхования;

4.1.4. обращения за оказанием медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Программой;

4.1.5. по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).

Раздел 5. Лимиты ответственности (лимиты страхового обязательства)

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

5.1. страховые выплаты не могут превышать размер страховой суммы, установленный Договором страхования в отношении Застрахованного лица по страховому риску «Чек-ап»;

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

5.3. количество обращений за услугами, предусмотренными Разделом 2 Программы не может превышать 1 раза в течение срока страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**«Второе экспертное медицинское мнение»****Раздел 1. Общие положения**

1.1. Страховщик (ООО СК «Сбербанк страхование жизни») при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские и иные услуги, предусмотренные Разделом 2 настоящей Программы добровольного медицинского страхования «Второе экспертное медицинское мнение» (далее также – Программа), в пределах лимитов ответственности (лимитов страхового обязательства), установленных Договором страхования и/или настоящей Программой.

1.2. Страховым случаем в рамках действия Программы является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования за организацией и оказанием медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих получения таких услуг (за исключением событий, перечисленных в разделе 4 настоящей Программы).

1.3. В настоящей Программе используются следующие понятия:

1.3.1. Врач-специалист - специалист, имеющий высшее медицинское образование и получивший специальную подготовку по какой-либо области медицины, работающий в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо специалист, который является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

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

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

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

1.3.5. Первичное медицинское заключение (первое медицинское мнение) - заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза, выданное лечащим врачом или другими врачами, принимающими непосредственное

участие в медицинском обследовании и лечении Застрахованного лица, на основании записей в медицинской документации либо по результатам медицинского обследования.

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. 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

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. Второе экспертное медицинское мнение проводится врачами-специалистами, осуществляющими врачебную деятельность на территории России в соответствии с действующим законодательством, а также зарубежными специалистами.

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

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

2.3.1.1. Застрахованное лицо имеет право на получение второго экспертного медицинского мнения о состоянии своего здоровья в областях медицины, предусмотренных в п. 2.1 Программы, в пределах следующего лимита страхового обязательства: 1 (одно) обращение в течение срока страхования.

2.3.1.2. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачом-специалистом, назначенным по выбору Страховщика (сервисной компании, если привлекается Страховщиком), по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в медицинских документах (первое медицинское мнение), представленной Застрахованным лицом, без обязательного физического (личного) обследования Застрахованного лица таким врачом-специалистом.

2.3.1.3. Второе экспертное медицинское мнение содержит рекомендации и/или комментарии врача-специалиста о состоянии здоровья Застрахованного лица, о котором составлено первое медицинское мнение, об установленном в первом медицинском мнении Застрахованному лицу диагнозе, комментарии и/или рекомендации в отношении выбранных методов диагностики, лечения при оказании медицинской помощи Застрахованному лицу, степени достижения запланированного результата, а также может содержать иные комментарии врача-специалиста, в том числе по плану лечения.

2.3.2. Предоставление Застрахованному лицу на территории Российской Федерации сопутствующих медицинских услуг:

2.3.2.1. Проведение Застрахованному лицу лабораторных, инструментальных исследований, которые по мнению врача-специалиста, привлеченного Страховщиком (сервисной компанией, если привлекается) для составления второго экспертного медицинского мнения необходимы в целях подготовки второго экспертного медицинского мнения.

2.3.2.2. Проведение Застрахованному лицу медицинских диагностических исследований, рекомендованных врачом-специалистом, подготовившим второе экспертное медицинское мнение, по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в медицинских документах (первое медицинское мнение), предоставленных Застрахованным лицом.

2.3.2.3. Лимит страхового обязательства Страховщика по сопутствующим медицинским услугам, указанным в п.п. 2.3.2.1, 2.3.2.2 настоящей Программы, установлен в размере 30 000,00 (тридцать тысяч) рублей в течение срока страхования.

2.3.3. Предоставление Застрахованному лицу иных услуг:

2.3.3.1. 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.

2.3.3.2. Консультационные услуги в связи с заболеванием, в отношении которого Застрахованного 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. 2.3.2 настоящей Программы: организация трансфера, проживания, сопровождения в месте лечения (без оплаты стоимости билетов, трансфера, проживания, услуг по сопровождению).

Раздел 3. Порядок оказания услуг, входящих в Программу

3.1. Для получения услуг, предусмотренных пп. 2.3.1 – 2.3.3 настоящей Программы:

3.1.1. Застрахованному лицу необходимо обратиться к Страховщику по телефону 900 (бесплатно по России) или +7 495 500-55-50.

Порядок 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. предоставить сведения и/или документы, предусмотренные порядком, указанным выше в п.3.1.1 Программы (если предусмотрены).

3.2. Услуги, указанные выше в пп. 2.3.1, 2.3.3 Программы, предоставляются дистанционно (осуществляются без очного приема Застрахованного лица врачом) с использованием технических средств связи в порядке, предусмотренном настоящей Программой.

3.3. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.3.1 Программы, Страховщик (сервисная компания, если привлекается) информирует Застрахованное лицо (например, путем размещения соответствующей информации на официальном сайте Страховщика) о том, какие документы, включая медицинскую информацию (медицинские документы) необходимо представить для получения второго экспертного медицинского мнения. При этом после предоставления Застрахованным лицом медицинской информации (в том числе, медицинских документов о состоянии здоровья Застрахованного лица)

представитель Страховщика (сервисной компании, если привлекается) имеет право связываться с Застрахованным лицом по телефону или с помощью других средств связи (в частности, по электронной почте) для уточнения предоставленной информации и/или получения дополнительной информации, в случае если предоставление такой информации необходимо для получения второго экспертного медицинского мнения.

3.4. Для получения Застрахованным лицом услуг, предусмотренных п. 2.3.2 Программы, Страховщик и/или сервисная компания (если привлекается) организует проведение рекомендованного врачом-специалистом, привлеченного для подготовки второго экспертного медицинского мнения, медицинское диагностическое обследование в медицинских организациях, определенных Страховщиком и/или сервисной компанией (если привлекается).

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

3.5.1. услуги, предусмотренной п. 2.3.1 настоящей Программы, – не позднее 14 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, всей необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.3 настоящей Программы, кроме, случаев, указанных в п. 3.5.2 настоящей Программы;

3.5.2. 30 рабочих дней со дня предоставления Застрахованным лицом, необходимой медицинской информации, предусмотренной в п. 3.3 настоящей Программы, в случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций для составления второго экспертного медицинского мнения;

3.5.3. услуги, предусмотренной п. 2.3.2 настоящей Программы, – не позднее 20 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица к Страховщику (в сервисную компанию, если привлекается) за организацией оказания соответствующих услуг;

3.5.4. услуги, предусмотренной п. 2.3.3 настоящей Программы, – не позднее 10 рабочих дней со дня обращения Застрахованного лица к Страховщику (в сервисную компанию, если привлекается) за организацией оказания соответствующих услуг.

3.6. Застрахованное лицо имеет возможность перенести дату начала оказания услуг или отказаться от оказания согласованных услуг, предусмотренных п. 2.3.2 Программы, менее чем за 24 часа до начала их оказания, 1 раз в течение срока страхования:

3.6.1. услуги, предусмотренные п. 2.3.2 Программы, от оказания которых Застрахованное лицо отказалось в срок менее чем за 24 часа, входят в объем предоставленных Страховщиком в рамках настоящей Программы;

3.6.2. под началом оказания услуг, из числа предусмотренных в п. 2.3.2 настоящей Программы, понимается дата и время (если было установлено) оказания услуг в медицинской организации, привлеченной Страховщиком (сервисной компанией) в соответствии с п. 3.4 настоящей Программы, которое было назначено Застрахованному лицу для оказания таких услуг.

Раздел 4. Исключения из страхования. Основания для отказа в страховой выплате

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

4.1.1. Обращение Застрахованного лица за организацией оказания медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.1.2. Обращение за организацией оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, лица, не являющегося Застрахованным лицом по Договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом Договора страхования и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

4.1.3. Обращение Застрахованного лица за организацией услуг, предусмотренных Программой страхования, 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).

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

4.2.1. количество обращений за оказанием медицинских и иных услуг превышает лимит ответственности, установленный Договором страхования и/или настоящей Программой. Страховщик отказывает в страховой выплате в части превышающий лимит ответственности;

4.2.2. обращение за оказанием медицинских и иных услуг произошло до начала или после окончания (в т.ч. досрочного) срока страхования (например, после прекращения срока страхования по соответствующему страховому риску или после прекращения договора страхования в связи с исполнением Страховщиком своих обязательств в полном объеме);

4.2.3. по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации (в т.ч. когда Страховщик освобожден от страховой выплаты).