

Приложение № 1 к Полису «Здоровье Дороже»

Особые условия

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Термины и определения:

Страховщик — Публичное акционерное общество Страховая Компания «Росгосстрах», лицензия Банка России СЛ № 0001.

Страхователь — дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованное лицо — физическое лицо, названное в договоре страхования, в пользу которого заключен договор страхования. Застрахованным лицом по договору страхования может быть:

- Страхователь в возрасте от 18 лет;
- ребенок в возрасте до 17 лет включительно, при условии, что Страхователем является родитель / официальный представитель ребенка.

- физическое лицо в возрасте от 18 лет.

Возраст Застрахованного лица на момент заключения договора страхования должен быть:

- по первоначальному договору не более 79 лет. При наличии заключенного Страхователем со Страховщиком договора страхования по программе «РГС Онкозащита» или «РГС Онкозащита+», или заключенного Страхователем с другой страховой организацией договора страхования в отношении Застрахованного лица и аналогичного по содержанию рисков, при обязательном предъявлении копии этого договора, и при отсутствии установленных в период действия договора заболеваний, попадающих под страховую риск — ограничение по возрасту не применяется.

- при пролонгации договора страхования — без ограничений.

Дата заключения договора страхования — дата вручения Страхователю Полиса, подписанного Страховщиком.

Страховая выплата — денежная сумма, которая определяется в порядке, установленном договором страхования:

- при лечении злокачественного новообразования — определяется стоимостью медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования и Программы ДМС, и осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанных Застрахованному лицу медицинских и (или) иных услуг непосредственно или через поверенного, агента, комиссионера в медицинскую и (или) иную организацию;

- при диагностировании злокачественного новообразования — выплачивается Застрахованному лицу (в возрасте 18 лет и старше) или законным представителям Застрахованного лица моложе 18 лет, а в случае смерти Застрахованного лица — его наследникам.

Заявленный убыток:

- при лечении злокачественного новообразования — поступивший Страховщику, но еще не оплаченный счет из медицинской и (или) иной организации за оказанные Застрахованному лицу в рамках Программы добровольного медицинского страхования «Здоровье Дороже» медицинские и (или) иные услуги.

Медицинские и (или) иные организации:

- организации, имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность: лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;

- организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию оказания Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования;

- организации, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения.

Медицинская помощь — первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Лекарственная помощь — обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами и (или) изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу и назначенными врачом медицинской организации.

Медицинские услуги — медицинская и лекарственная помощь.

Иные услуги — услуги медицинского сервиса, связанные

с организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу ДМС.

Злокачественное новообразование — заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом, распространением злокачественных клеток и инвазией тканей, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00-C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81-C96), а также новообразования in situ (D00-D09). Диагностирование злокачественного новообразования должно быть подтверждено врачом-онкологом на основании данных гистологического исследования;

Дата диагностирования заболевания — дата установления медицинским специалистом, имеющим необходимую квалификацию, заключительного диагноза заболевания, основанного на результатах проведенного обследования Застрахованного лица;

Период охлаждения — 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения договора страхования, в течение которых Страхователь вправе отказаться от договора страхования и получить возврат уплаченной страховой премии в соответствии с п. 5.3. настоящих Особых условий, при условии, что на дату отказа от договора страхования не наступило событий, имеющих признаки страхового случая.

Период ожидания — период времени с момента вступления договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, обусловленного договором страхования, в течение которого обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию для получения медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, и/или диагностирование диагноза злокачественного новообразования, не является страховым случаем.

Первоначальный договор — договор страхования, впервые заключенный Страхователем со Страховщиком в отношении Застрахованного лица по продукту «Здоровье Дороже».

Пролонгация договора — заключение договора страхования по продукту «Здоровье Дороже» на новый срок, который начинает действовать не ранее дня, следующего за датой окончания предыдущего договора страхования по продуктам «Здоровье Дороже» или «РГС Онкозащита» или «РГС Онкозащита+», или заключенного Страхователем с другой страховой организацией договора страхования в отношении Застрахованного лица и аналогичного по содержанию рисков при обязательном предъявлении копии этого договора и при отсутствии установленных в период действия договора заболеваний, попадающих под страховую риск, в отношении того же Застрахованного и заключенного при соблюдении условий пролонгации, указанных в п. 5.7. настоящих Особых условий.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные:

2.1.1. с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и (или) иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (по страховому риску «Лечение злокачественного новообразования»);

2.1.2. с причинением вреда здоровью Застрахованного лица в результате болезни (по страховому риску «Диагностирование злокачественного новообразования»).

2.2. На страхование не принимаются лица:

- возраст которых на момент заключения первоначального договора страхования более 80 лет (при пролонгации договора ограничения по возрасту не применяются);

- не являющиеся гражданами Российской Федерации;

- находящиеся в местах лишения свободы;

- у которых диагностированы ВИЧ-инфекция или СПИД;

- которые ожидают результатов анализов в связи с подозрением на рак, опухоли или другие новообразования (данное условие не применяется при пролонгации договора в отношении риска «Лечение злокачественного новообразования»);

- у которых до заключения договора страхования был диагностирован диагноз и (или) которые проходят обследо-

вание и (или) лечение по поводу:

— любого злокачественного новообразования, рака, лейкемии, лимфомы, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона или неспецифический язвенный колит), поликистоз почек, асбестоз, любая форма гепатита (кроме А) или цирроза печени (данное условие не применяется при пролонгации договора в отношении риска «Лечение злокачественного новообразования»);

— любых видов опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух или спинного мозга (данное условие не применяется при пролонгации договора в отношении риска «Лечение злокачественного новообразования»).

2.3. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 2.2. настоящих Особых условий и Застрахованное лицо, попадает под любую из категорий, указанных в п.2.2. Особых условий, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является событие, на случай наступления которого заключается договор страхования, обладающее признаками вероятности и случайности.

3.2. По страховому риску «Лечение» злокачественного новообразования» страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования и в период страхования в медицинскую и (или) иную организацию, согласованную Страховщиком для организации и оказания ему медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, в связи с впервые установленным и диагностированным в период страхования злокачественным новообразованием, из числа предусмотренных Программой ДМС.

3.2.1. По первоначальному договору страхования в отношении злокачественных новообразований, кроме in situ (D00-D09) действует период ожидания 90 календарных дней. Страховщик несет ответственность, начиная с 91-го дня действия договора страхования.

3.2.2. Период ожидания не применяется в отношении п.п. а и д п. 3.5.1 Программы ДМС, а также опухолей, которые диагностированы как злокачественные изменения карцинома in situ (D00-D09).

3.2.3. При пролонгации действующего договора страхования на новый срок период ожидания, предусмотренный в первоначальном договоре, не применяется.

3.3. По страховому риску «Диагностирование злокачественного новообразования» страховым случаем является первичное диагностирование у Застрахованного лица злокачественного новообразования в течение срока действия договора страхования и в период страхования.

3.3.1. По первоначальному договору страхования в отношении злокачественных новообразований, кроме in situ (D00-D09) действует период ожидания 90 календарных дней. Страховщик несет ответственность, начиная с 91-го дня действия договора страхования.

3.3.2. При пролонгации действующего договора страхования на новый срок период ожидания не применяется.

3.4. Не являются страховыми случаями:

— заболевания и состояния, указанные в п. 3.2., 3.3. Особых условий, заподозренные или установленные до вступления договора в силу и (или) до начала действия страхования, обусловленного договором страхования;

— заболевания и состояния, не указанные в п. 3.2., 3.3. Особых условий;

— диагностирование злокачественных новообразований до даты заключения договора страхования;

— диагностирование злокачественных новообразований, кроме опухолей, которые диагностированы как злокачественные изменения карцинома in situ (D00-D09), в период ожидания, предусмотренный первоначальным договором страхования;

— любые виды злокачественных новообразований протекающих на фоне ВИЧ — инфекции или СПИДа (включая Саркому Капоши);

3.5. Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты в том случае, если события наступили в результате:

— воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

— умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица;

— в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СРОК

ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон и указывается в Полисе.

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

4.3. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из страховой суммы, срока действия договора страхования и степени страхового риска и указывается в Договоре страхования.

4.4. Страховая премия уплачивается единовременно не позднее даты выдачи Полиса.

4.5. В случае неуплаты Страхователем страховой премии в сроки, предусмотренные Полисом, или уплаты страховой премии не в полном объеме договор страхования считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору сторон не возникает.

4.6. Обязательства Страхователя перед Страховщиком по уплате страховой премии считаются исполненными в размере внесенных денежных средств:

— с момента уплаты Страхователем наличными денежными средствами Страховщику;

— с момента внесения Страхователем наличных денежных средств для их перевода без открытия банковского счета кредитной организации либо банковскому платежному агенту, осуществляющим деятельность в соответствии с Законодательством России о национальной платежной системе, при условии представления Страховщику документа об исполнении распоряжения о переводе денежных средств в порядке, предусмотренном Банком России;

— с момента подтверждения обслуживающей Страхователя кредитной организацией исполнения распоряжения Страхователя — физического лица о переводе денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов.

4.7. Срок действия договора страхования определяется исходя из размера уплаченной страховой премии по соответствующему варианту страхования, и указан в разделе 6 Полиса.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРОЛОНГАЦИИ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Порядок заключения договора страхования.

5.1.1. Договор страхования заключается в письменной форме путем вручения Страхователю Полиса и приложений к Полису.

5.1.2. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования Полиса и (или) Приложении №3 к Полису (Информация, предоставляемая при активации).

5.1.3. При утрате Застрахованным лицом страховых документов, указанных в п. 5.1.1. Особых условий, он должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата, после чего утраченный экземпляр полиса считается не имеющим юридической силы с момента подачи заявления Страхователя и выплаты по нему не производятся.

5.1.4. Все заявления и извещения, которые делают друг другу стороны договора страхования, должны производиться в письменной форме способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения, по адресам, которые указаны в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязаны заблаговременно известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то все заявления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

5.2. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

— истечения срока его действия;

— исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

— по соглашению Сторон;

— отказа Страхователя от договора страхования;

— в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.3. Страхователь имеет право отказаться от договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (период охлаждения) независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В этом случае Страхователю возвращается оплаченная страховая премия в течение 10-ти рабочих дней со дня

получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования:

- в полном размере — при отказе от договора до даты начала действия страхования по договору страхования;
- с удержанием части страховой премии пропорционально сроку действия страхования — при отказе от договора после даты начала действия страхования по договору страхования.

5.4. При отказе Страхователя от договора страхования по истечении периода охлаждения уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

5.5. В случае отказа Страхователя от договора страхования до момента его вступления в силу Страхователь имеет право на возврат уплаченной страховой премии в полном объеме.

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

5.7. С целью пролонгации действующего договора страхования со Страхователем заключается договор на новый срок в отношении того же Застрахованного лица при соблюдении следующих условий:

- оплата договора не ранее чем за 90 дней и не позднее 14 дней до даты окончания текущего договора;
- заключение договора страхования/самостоятельная активация производится в срок не ранее 60 дней и не позднее 14 дней до даты окончания действующего договора;

5.8. При пролонгации договор страхования, заключенный на новый срок вступает в силу на следующий день после даты окончания текущего договора.

5.9. Срок пролонгируемого договора устанавливается независимо от срока действия первоначального договора и может составлять 6 или 12 месяцев, в зависимости от выбранного варианта страхования.

5.10. При пролонгации действующего договора страхования в отношении одно и того же Застрахованного лица Страхователем по пролонгируемому договору может выступать любое физическое лицо в возрасте от 18 лет.

5.11. При пролонгации действующего договора страхования период ожидания по страховым рискам, предусмотренный в первоначальном договоре не применяется.

5.12. При пролонгации действующего договора страхования Застрахованному лицу гарантируется организация и оплата начатого ранее лечения, включая оплату дополнительных услуг, по страховому случаю, наступившему в период действия предыдущего договора страхования.

5.13. При несоблюдении условий пролонгации, указанных в п. 5.7. Особых условий договор считается первоначально заключенным.

6. ПОРЯДОК ИЗВЕЩЕНИЯ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ

6.1. По страховому риску «Лечение злокачественного новообразования» — в соответствии с Программой ДМС.

6.2. По страховому риску «Диагностирование злокачественного новообразования» Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица, наследники) обязан:

6.2.1. Сообщить Страховщику о диагностировании заболевания любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.) в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты установления диагноза.

6.2.2. Представить Страховщику все необходимые документы для установления факта наступления страхового случая и определения размера страховой выплаты.

7. ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ДЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ ПО СТРАХОВОМУ РИСКУ «ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ»

7.1. Для получения страховой выплаты Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица, наследниками) представляются Страховщику следующие документы:

- Заявление о страховом событии;
- действующий на момент наступления страхового события Полис и Приложение №3 (информация, предоставляемая при активации);
- оригинал документа, подтверждающего оплату страховой премии;
- паспорт/удостоверение личности/свидетельство о рождении Застрахованного лица и Заявителя (законного представителя Застрахованного лица, наследника);
- копию документа, подтверждающего полномочия законного представителя Застрахованного лица, не достигшего 18 лет (документ, удостоверяющий родство с Застра-

хованным лицом (свидетельство о рождении), документ, удостоверяющий статус опекуна (попечителя)).

- эпикризы из медицинских учреждений;
- выписка(и) из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного из медицинского учреждения по месту жительства/наблюдения/работы за весь срок наблюдения (лечения), с указанием даты события, точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализации и их причин и периода нетрудоспособности;
- амбулаторная карта из медицинского учреждения по месту жительства/наблюдения/работы;
- карта стационарного больного;
- результаты и заключения по результатам лабораторных, рентгеновских, ультразвуковых, микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований;
- заключения и результаты консультаций медицинских специалистов;

— извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по форме, предусмотренной законодательством РФ или выписка из Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»;

— справку из онкологического диспансера с датой постановки на учёт по поводу злокачественного новообразования.

7.1.1. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически предоставленных документов для признания события, наступившего с Застрахованным лицом, страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

7.1.2. Все предоставленные документы из медицинских организаций или компетентных организаций должны быть оформлены на соответствующем бланке и заверены подписью и соответствующей печатью, а если документ составлен не на бланке — обязательным является штамп учреждения, выдавшего документ. В случаях, когда допускается предоставление копий документов, эти копии должны быть заверены выдавшим органом или нотариально, либо иным способом, предусмотренным законодательством РФ.

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

7.2. В случае если документов, указанных в п. 7.1. Особых условий, недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая, Страховщик вправе мотивированно затребовать дополнительные документы (в т. ч. документы с целью верификации поставленного диагноза) у Застрахованного лица, а также сведения, связанные со страховым случаем, у медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

7.3. Страховщик обязан обеспечить верификацию информации, предоставленной Застрахованным лицом (наследниками) о диагностировании злокачественного новообразования.

8. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ СОБЫТИЙ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

8.1. По страховому случаю «Лечение злокачественного новообразования» — в соответствии с Программой ДМС.

8.2. По страховому случаю «Диагностирование злокачественного новообразования»:

8.2.1. Решение о страховой выплате или об отказе в выплате принимается Страховщиком в течение 20 рабочих дней после получения последнего из запрошенных документов, подтверждающих факт, причины и обстоятельства наступления заявленного события, имеющего признаки страхового случая.

8.2.2. После принятия решения о признании события страховым случаем Страховщик в течение 10 рабочих дней осуществляет страховую выплату. Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика в банке.

8.2.3. После принятия решения об отказе в выплате Страховщик в течение 3 рабочих дней направляет уведомление об отказе в страховой выплате.

8.2.4. Страховая выплата производится путем перечисления суммы выплаты на банковский счет Застрахованного лица, указанный в Заявлении о страховом случае, либо иным способом по согласованию сторон.

8.2.5. Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица по доверенности, оформленной Застрахованным лицом в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

8.2.6. Страховая выплата осуществляется в размере

100% страховой суммы, установленной по страховому риску «Диагностирование злокачественного новообразования».

8.2.7. Страховая выплата не производится в случаях, предусмотренных в п. 3.4.— 3.5., 8.2.8. настоящих Особых условий, а также в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.2.8. Основанием для отказа Страховщика произвести страховую выплату являются:

8.2.8.1. неизвещение Страховщика о наступлении страхового случая в сроки, обусловленные настоящими Особыми условиями, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

8.2.8.2. другие предусмотренные настоящими Особыми условиями и действующим законодательством Российской Федерации случаи.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Страховщик обязан:

— разъяснять Застрахованному лицу положения, содержащиеся в настоящих Особых условиях;

— организовать и оплатить оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь, предусмотренную Программой ДМС;

— контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи.

— при наступлении страхового случая по риску «Диагностирование злокачественного новообразования», произвести страховую выплату в срок, предусмотренный в п.8.2.2. настоящих Особых условий.

9.2. Страхователь обязан:

— предоставить Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного лица;

— уплатить страховую премию в определенные договором страхования сроки и в установленном размере;

9.3. Страхователь имеет право:

— получить дубликат договора страхования (Полиса) в случае его утраты;

— проверять соблюдение Страховщиком условий настоящего договора;

— отказаться от договора страхования в любое время письменно уведомив об этом Страховщика;

9.4. Застрахованное лицо обязано:

9.4.1. соблюдать порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой ДМС;

9.4.2. не передавать полис по программе медицинского страхования другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной Программой ДМС;

9.4.3. при наступлении события, имеющих признаки страхового случая Застрахованное лицо обязано неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая.

9.4.4. предоставить Страховщику и (или) его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и (или) иных организаций для решения вопросов, связанных с исполнением настоящего Договора.

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

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры и разногласия, возникшие между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путём переговоров с обязательным направлением надлежащим образом оформленной письменной претензии. При получении одной Стороной договора страхования письменной претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования срок направления ответа на претензию не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней с момента её получения.

При этом, если Страхователь (Выгодоприобретатель) является потребителем финансовых услуг в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», то Страховщик в порядке, установленном действующим законодательством РФ в отношении финансовых услуг, предоставляемых Страховщиком в рамках настоящих Особых условий, обязан рассмотреть письменную претензию Страхователя (Выгодоприобретателя) и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленных требований в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии Страхователя (Выгодоприобретателя)

в случае, если указанная претензия направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя финансовых услуг прошло не более ста восьмидесяти дней.

10.2. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) в порядке, установленном действующим законодательством РФ в отношении финансовых услуг, предоставляемых Страховщиком в рамках настоящих Особых условий, обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований, подтвержденных документально. При соответствии требований Страхователя (Выгодоприобретателя) критериям, установленным Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель) после соблюдения обязательного претензионного порядка урегулирования спора, предусмотренного п. 10.1. настоящих Особых условий, обязан направить обращение финансовому уполномоченному, при этом обращении в суд по таким требованиям возможно с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 04.06.2018 N 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

11.1. Страхователь и Страховщик обязаны соблюдать следующие требования к направляемым друг другу уведомлениям:

11.1.1. любое уведомление, направляемое в соответствии с Полисом/договором, должно быть выполнено в письменной форме и доставляться лично, либо путем prepaid почтового отправления (с уведомлением о вручении) или курьерского отправления, либо факсимильной или телексной связью, либо по электронной почте;

11.1.2. уведомление, отправленное по факсу/телексу, считается полученным в день отправления; при отправлении сообщения курьером или по почте — в день уведомления о вручении;

11.1.3. все уведомления и извещения направляются по адресам, которые указаны в Полисе/договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязаны в течение 3-х рабочих дней с момента официальных изменений адресов или реквизитов известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, в результате чего сроки уведомления вынужденно переносятся, то все уведомления и извещения, направленные по прежнему адресу, будут считаться полученными с даты их поступления (не вручения) по прежнему адресу;

11.1.4. любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, считаются направленными в адрес получателя, только если они сделаны в письменной форме.

11.2. Адреса мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, и/или адреса электронной почты, и/или номера телефонов и/или факсов указываются в Полисе/договоре страхования.

11.3. Стороны договорились об использовании электронной почты, адрес которой указан в Полисе или Приложении №3 к Полису (Информация, предоставляемая при активации), в качестве одного из способов отправки Сторонами юридически значимых сообщений, связанных с возникновением, изменением или прекращением обязательств по настоящему договору, в том числе, но не ограничиваясь:

11.3.1. о применении и направлении Страхователю Полиса, Программы ДМС и Особых условий страхования и иных приложений к Полису, являющихся его неотъемлемой частью.

11.3.2. о страховой выплате;

11.3.3. об отказе от договора страхования и т.д.

11.4. Качество документов, вложенных в электронное сообщение, должно позволять достоверно установить их содержание.

11.5. Сообщение считается доставленным с момента поступления электронного письма на указанный адрес электронной почты Стороны-получателя. В случае если по обстоятельствам, зависящим от получателя, сообщение не было им прочитано, такое сообщение считается доставленным надлежащим образом.

11.6. Заключая договор страхования, Стороны подтверждают достоверность указанной в нем электронной почты. В случае изменения адреса электронной почты или допущения ошибок в адресе электронной почты сторона, адрес электронной почты которой изменился или допустившая ошибку, должна незамедлительно уведомить другую сторону о таком изменении или ошибке, в противном случае она несет риски последствий представления надлежащего адреса электронной почты.

Приложение № 2 к Полису «Здоровье дорожке»

Программа добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В рамках настоящей Программы при наступлении предусмотренного договором страхового случая Страховщик организует и оплачивает оказание Застрахованному медицинским и (или) иным услуг в объеме, предусмотренном настоящей Программой.

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора и в предусмотренный Договором период страхования* в медицинскую и/или иную организацию, согласованную Страховщиком для организации и оказания ему медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящей Программой, в связи с впервые установленным и диагностированным в период страхования злокачественным новообразованием¹.

Медицинские и/или иные услуги оказываются Застрахованному лицу в медицинских и/или иных организациях по выбору Страховщика, находящихся на территории Российской Федерации².

*Период страхования — период действия страхования, обусловленного договором страхования, начинающийся по истечении срока действия Периода ожидания.

Период ожидания — период времени продолжительностью 90 календарных дней, с даты вступления договора страхования в силу в отношении злокачественного новообразования.

Период ожидания не применяется в отношении п.п. а и д п. 3.5.1 Программы, а также опухолей, которые диагностированы как злокачественные изменения карцинома in situ (D00-D09).

Период ожидания действует только для первоначально заключенного договора страхования по программе «Здоровье Дорожке» и в дальнейшем не применяется в случае непрерывной пролонгации/перезаключения договора страхования³.

Период ожидания также не применяется при наличии заключенного Страхователем со Страховщиком договора страхования по программе «РГС Онкозащита» или «РГС Онкозащита+», или заключенного Страхователем с другой страховой организацией договора страхования в отношении Застрахованного лица и аналогичного по содержанию рисков, при обязательном предъявлении копии этого договора, и при отсутствии установленных в период действия договора заболеваний, попадающих под страховой риск.

2. ПРОГРАММА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПОМОЩИ/УСЛУГ

- 2.1. Второе экспертное медицинское мнение
- 2.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь
- 2.3. Плановая стационарная помощь, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар)
- 2.4. Лекарственное обеспечение
- 2.5. Дополнительные услуги

3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ

3.1. Второе экспертное медицинское мнение

3.1.1. Второе экспертное медицинское мнение — заочная консультация Застрахованного лица ведущими врачами-специалистами на основании предоставленной актуальной медицинской документации по установленному клиническому диагнозу с выдачей врачебного заключения.

3.1.2. Второе экспертное медицинское мнение выносится врачами-специалистами, практикующими в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации, только на основании предоставленной Застрахованным лицом медицинской документации и биоматериалов (гистологических препаратов и/или парафиновых блоков), без физикального (очного) осмотра Застрахованного лица.

3.1.3. Второе экспертное медицинское мнение содержит заключение, комментарии и/или рекомендации врача-специалиста в отношении выбора методов диагностики, лечения и/или реабилитации по установленному диагнозу, указанному в медицинской документации

3.1.4. Второе экспертное медицинское мнение включает помощь Застрахованному лицу в подготовке медицинской документации для заочной консультации.

3.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

3.2.1. Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами.

3.2.2. Оформление медицинской документации.

3.2.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования, цитологические, генетические, гистологические исследования.

3.2.4. Инструментальные исследования, включая контрастирование: функциональная и ультразвуковая диагностика, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования.

3.2.5. Лечебные и диагностические манипуляции, в том числе (но не ограничиваясь):

- химиотерапия;
- лучевая терапия;
- физиотерапевтическое лечение;
- оперативное лечение;
- догоспитальная подготовка.

3.2.6. Услуги, указанные в п.3.2.1. — 3.2.4. настоящей Программы, оказываемые в рамках диспансерного/динамического наблюдения после проведенного в рамках договора лечения.

3.2.7. Услуги, указанные в п. 3.2.1. — 3.2.4. настоящей Программы, оказываемые с целью определения/уточнения (верификации) установленного диагноза, определения/уточнения тактики лечения.

3.3. Плановая стационарная помощь, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар):

3.3.1. Осмотры врачами, в том числе врачами-специалистами.

3.3.2. Оформление медицинской документации.

3.3.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования, цитологические, генетические, гистологические исследования.

3.3.4. Инструментальные исследования, включая контрастирование: функциональная и ультразвуковая диагностика, рентгенологические и рентген-радиологические исследования, включая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; магнитно-резонансная томография; эндоскопические исследования.

3.3.5. Лечебные и диагностические манипуляции, в том числе (но не ограничиваясь):

- консервативные и оперативные методы лечения (включая необходимые расходные материалы);
- имплантация, необходимая в целях реконструктивного лечения молочных желез, включая стоимость имплантатов на сумму не более 900 000 руб. в год на один страховой случай;
- трансплантация костного мозга;
- химиотерапия;
- лучевая терапия;
- физиотерапевтическое лечение;
- анестезиологические пособия;
- реанимационные мероприятия.

3.3.6. Послеоперационный индивидуальный медицинский пост продолжительностью не более 5 дней в год.

3.3.7. Реабилитационно-восстановительное лечение

¹Злокачественное новообразование — заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом, распространением злокачественных клеток и инвазией тканей, классифицируемое в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) по следующим кодам: C00 – C97 злокачественные новообразования, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81 – C96), а также новообразования in situ (D00 – D09).

²Высокотехнологическая медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, организовывается, в том числе с привлечением федеральных квот.

³В случае непрерывной пролонгации/перезаключения договора страхования Застрахованному лицу также гарантируется организация и оплата начатого ранее лечения по страховому событию, наступившему в предыдущем Договоре.

(продолжительностью не более 21 календарного дня в год.

3.4. Лекарственное обеспечение

3.4.1. Обеспечение лекарственными средствами⁴, применяемыми при лечении в амбулаторно-поликлинических условиях, в стационарных условиях, включая стационарозамещающие технологии (дневной стационар) при предоставлении их медицинской организацией на сумму не более 2 000 000,00 руб. в год.

3.5. Дополнительные услуги

3.5.1. Информационные и консультационные услуги, связанные с организацией и (или) оказанием медицинской помощи, а именно:

- a) персональный врач куратор;
- b) круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка Застрахованного лица и членов его семьи;
- c) консультации по плану лечения злокачественного новообразования;
- d) консультирование Застрахованного лица по правовым вопросам в отношении Российской системы здравоохранения (получение льгот и квот).

3.5.2. В случае необходимости организации услуг в городе, находящемся на территории Российской Федерации, который не является местом постоянного проживания Застрахованного лица — транспортировка Застрахованного лица (при необходимости с сопровождающим его лицом и/или донором) скорой помощью, железнодорожным или авиатранспортом, включая специализированный авиационный транспорт, до места госпитализации либо проживания (при амбулаторном лечении) и обратно при условии предварительного согласования Страховщиком, а также транспортировка и проживание в период лечения по медицинским показаниям Застрахованного лица (при необходимости с сопровождающим его лицом) на сумму не более 350 000,00 руб.

3.5.3. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица во время лечения в рамках настоящей Программы: транспортировка останков Застрахованного лица до аэропорта/железнодорожного вокзала, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного лица на территории РФ⁵ на сумму не более 1 000 000,00 руб.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и (или) иных услуг, связанных со следующими заболеваниями/состояниями и их осложнениями:

4.1. Заболевания и состояния, указанные в разделе 1 настоящей Программы, заподозренные или установленные до вступления договора в силу и/или до начала периода страхования.

4.2. Заболевания и состояния, не указанные в разделе 1 настоящей Программы.

4.3. Злокачественные заболевания, протекающие на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) или СПИД (включая Саркому Капоши).

4.4. Заболевания, имеющиеся у Застрахованного лица, о которых Страхователь (застрахованное лицо) знал, но не сообщил Страховщику при заключении договора страхования.

Страховая компания не организует и не оплачивает стоимость услуг:

4.5. Оказанных при заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой.

4.6. Необходимость в оказании которых возникла в связи с нарушением Застрахованным лицом рекомендаций лечащего врача, правил и распорядка при нахождении на лечении

в медицинских организациях.

4.7. Выполняемых в эстетических и/или косметических целях, за исключением операции в целях реконструктивного лечения молочных желез, проведенной в рамках настоящей Программы и в соответствии с ее условиями.

4.8. Лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по договору страхования, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом страховых документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой.

4.9. Не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, осуществляющим лечение Застрахованного лица в рамках настоящей Программы, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу установленного заболевания.

4.10. Связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации.

4.11. В связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, выбор которых не был согласован со Страховщиком.

4.12. В связи с транспортировкой и/или проживанием Застрахованного лица/сопровождающего его лица, организованных им самостоятельно или третьим лицом от имени Застрахованного лица.

5. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ

Организация информационно-консультационных медицинских, включая телемедицинские, услуг осуществляется ООО «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА»

По всем вопросам, связанным с организацией и предоставлением медицинской помощи, Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) необходимо обращаться по телефону: 8(800) 707-54-12

5.1. Для подтверждения даты первичного установления диагноза и организации медицинской помощи Застрахованное лицо (его законный представитель) должен предоставить Уведомление об установлении Застрахованному лицу диагноза злокачественного новообразования (далее — Уведомление) и пакет необходимых документов. ООО «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА» оказывает содействие в сборе необходимых документов.

Уведомление направляется в письменном виде, в соответствии с установленной формой, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

При необходимости, с целью организации качественной медицинской помощи, во всех вышеперечисленных случаях ООО «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА»/Страховщик имеют право запрашивать другую медицинскую документацию Застрахованного лица, в том числе сведения о ранее проведенных обследованиях, диспансеризациях, госпитализациях и др.

5.2. После получения всей необходимой медицинской документации, биоматериалов и проведения верификации диагноза, организация медицинской помощи осуществляется в течение⁶ 14-ти рабочих дней с момента признания Страховщиком заявленного случая страховым. После получения от медицинской организации информации о дате оказания услуг представитель ООО «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА» связывается с Застрахованным лицом и предоставляет ему подробную информацию о медицинской организации, дате консультации/плановой госпитализации и прочую необходимую для получения услуг информацию.

Застрахованное лицо должно строго следовать указаниям, полученным от представителя ООО «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДСЛУЖБА», сообщать необходимую информацию для организации медицинских и иных услуг.

⁴Лекарственные средства должны соответствовать следующим условиям: лекарственное средство лицензировано и разрешено соответствующими органами власти в РФ и его назначение и оборот должным образом регулируются.

⁵Услуги по репатриации включают в себя оплату организации репатриации тела, подготовку тела, организацию кремации, покупку необходимого для перевозки гроба/погребальной урны, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами.

⁶В зависимости от территории нахождения медицинской организации, в которой будет осуществлено лечение.

УВЕДОМЛЕНИЕ

об установлении застрахованному лицу диагноза «злокачественное новообразование»

Настоящим уведомляем Вас о том, что «___» _____ 20___ г. в ____:____
дата время

Застрахованному лицу (ФИО полностью):	
постановлен следующий диагноз:	
Произошедшее событие зарегистрировано (название медицинской организации, дата):	

К настоящему Уведомлению прилагаются:

При установлении диагноза «злокачественное новообразование» — один из перечисленных ниже документов:	Отметить ✓
1. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У)	
2. Выписка из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр»	

Дополнительно к Уведомлению в обязательном порядке прилагаются:

- подписанное Застрахованным лицом (его законным представителем) согласие на обработку персональных данных Застрахованного лица, включая персональные данные специальной категории;
- копия действующего Полиса на момент наступления страхового случая;
- копия полиса Обязательного медицинского страхования;
- копия СНИЛС;
- копия документа, подтверждающего оплату страховой премии;
- копия документа, удостоверяющего личность;
- скан выписки из медицинской документации, содержащей:
 - диагноз заболевания/состояния;
 - код диагноза по МКБ-10;
 - анамнез заболевания;
 - рекомендованный план лечения;
 - направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи);
 - обоснование необходимости оказания стационарной помощи (для организации стационарной помощи).
- результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований (при необходимости электронные носители или ссылки на них), включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла / блоки);

Внимание!!! Все медицинские документы должны быть заверены печатями медицинской организации. (круглая/треугольная).

В соответствии с условиями Договора страхования № _____ от «_____» _____ 20___ г. прошу организовать оказание мне медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования «_____».

СТРАХОВАТЕЛЬ / ЗАСТРАХОВАННЫЙ (нужное подчеркнуть):

_____ «___» _____ 20___ г. (подпись)