

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
ООО Страховая компания «АСТК»
Аксёнова К.А.
от «18» марта 2024 г. № 08-А

(подлежат применению с 18.03.2024 г.)

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

СОДЕРЖАНИЕ

- 1. Преамбула**
- 2. Субъекты страхования**
- 3. Объект страхования**
- 4. Страховой случай. Страховые риски**
- 5. Страховая сумма. Размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов)**
- 6. Срок действия и порядок прекращения договора страхования**
- 7. Договор страхования**
- 8. Права и обязанности сторон**
- 9. Действие сторон при наступлении страхового случая**
- 10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты**
- 11. Отказ в страховой выплате**
- 12. Последствия изменения степени риска**
- 13. Порядок разрешения споров**

1. ПРЕАМБУЛА

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами добровольного международного медицинского страхования (страхование от критических заболеваний) (далее – Правила) ООО Страховая компания «АСТК» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного (международного) медицинского страхования, по условиям которых организывает оказание медицинских и иных услуг застрахованному лицу и оплату данных услуг, оказанных застрахованному лицу за пределами Российской Федерации, либо как за пределами Российской Федерации, так и на территории Российской Федерации, либо только на территории Российской Федерации, определенного перечня и качества в объеме программ добровольного (международного) медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Программа страхования – перечень и условия предоставления медицинских и иных услуг Застрахованным при наступлении страхового случая.

Сервисный центр - специализированная организация (ассистанская компания), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящими Правилами.

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать:

2.1.1. Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранными гражданами или лицами без гражданства;

2.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы.

2.2. Страховщиком выступает страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

2.3. Застрахованный - физическое лицо, о страховании которого заключен договор в соответствии с настоящими Правилами.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг при возникновении страхового случая в объеме и на условиях программы добровольного (медицинского) страхования, выбранной Страхователем.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное Программой страхования, при наступлении которого у Страховщика возникает обязанность осуществить страховую выплату, а именно оплатить предусмотренные Программой страхования услуги и (или) осуществить выплату иным, предусмотренным Программой способом. При этом услуги по первичной постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

4.2. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.3. Конкретный перечень видов медицинской помощи и иных услуг приводится в соответствующей программе (Приложение № 1 к настоящим Правилам). По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по программе может ограничиваться или расширяться.

4.4 По договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и иных услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских учреждениях на условиях, предусмотренных договором страхования, а так же возмещение расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, в строгом соответствии с условиями договора страхования и выбранной программой страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

5.1. Страховой суммой является предельный уровень страховой выплаты по договору медицинского страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной программой и стоимостью медицинских услуг в медицинских организациях, привлекаемых для обеспечения этой программы.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного и может предусматривать предельный размер страховой выплаты по всей программе в целом или совокупности программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам), в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках программы либо договора страхования. Конкретная страховая сумма указывается в договоре страхования.

5.3. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских

рублях, так и в сумме эквивалентной иностранной валюте, определяемой по курсу Центрального Банка Российской Федерации на момент заключения Договора. В случае если страховая сумма определяется в эквиваленте иностранной валюты или в иностранной валюте, страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте или эквиваленте иностранной валюты, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день обращения Страхователя (Застрахованного) к Страховщику после первоначальной постановки диагноза, требующего организации и оказания плановой медицинской помощи, для ее организации и оказания, в порядке, предусмотренном пунктами 9.1.-9.4. настоящих Правил, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая выплата может осуществляться в иностранной валюте.

5.4. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

5.5. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон.

5.6. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

Оплата страховой премии производится путем наличного или безналичного расчета, единовременным платежом или в рассрочку (два и более страховых взносов) в размере и сроки, установленные договором страхования.

Если иное не установлено договором страхования датой уплаты страховой премии (взноса) признается:

- дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика - при наличном расчете;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или на расчетный счет уполномоченного представителя Страховщика – при безналичном расчете.

5.7. Стороны установили, что неуплата страховой премии, очередного страхового взноса Страхователем в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от договора страхования, если иные условия не предусмотрены договором страхования. При этом договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания, установленного договором страхования срока уплаты страховой премии (очередного страхового взноса), которая не была уплачена полностью или частично.

5.8. В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе устанавливать в следующем проценте от их годовых размеров:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;
- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

5.9. По согласованию сторон договора страхования страховая сумма и (или) страховая премия могут устанавливаться как в целом по договору страхования, так и индивидуально: по отдельной программе (или группе программ); по страховому риску (или группе рисков); по каждому Застрахованному (или группе Застрахованных).

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если в нем не предусмотрено иное. При этом в договоре страхования стороны могут установить периоды страхования.

6.2. Договор страхования, в соответствии с настоящими Правилами, считается краткосрочным, если он заключен на срок менее года.

6.3. При заключении договора страхования на срок более одного года в нем могут быть указаны периоды страхования, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

6.4. Если до истечения срока действия предыдущего договора страхования, заключается договор страхования на новый (очередной) срок, то заключаемый договор страхования на новый (очередной) срок вступает в силу в следующем порядке:

6.4.1. с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования, при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) до даты начала срока действия нового договора страхования. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) новый договор страхования считается не вступившим в силу.

6.4.2. с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания срока действия предыдущего договора страхования. Если условиями нового договора страхования предусмотрена уплата страховой премии (первого страхового взноса) в течение периода действия нового договора страхования, то при неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) в сроки, установленные в новом договоре страхования, наступают последствия, предусмотренные п. 5.7. настоящих Правил. При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся Страховщику часть страховой премии за период, в течение которого действовал договор страхования.

6.5. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

6.5.1. Если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате:

6.5.1.1. до начала срока действия договора, то договор вступает в силу с даты начала срока действия договора при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в предусмотренном договором размере и срок.

6.5.1.2. в течение периода действия договора, то договор вступает в силу с даты начала срока действия договора.

6.6. Если иное не установлено договором страхования, то устанавливаются следующие последствия неуплаты страховой премии (первого страхового взноса, очередного страхового взноса):

6.6.1. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в случае если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате до начала срока действия договора страхования, договор страхования считается не вступившим в силу.

6.6.2. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в период действия договора страхования, а также при неуплате очередного страхового взноса в порядке и срок, предусмотренные договором страхования, наступают последствия, предусмотренные п. 5.7. настоящих Правил.

При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся часть страховой премии за период, в течение которого фактически действовал договор страхования. Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с момента прекращения договора страхования. В случае оплаты Страховой премии после прекращения договора страхования денежные средства, уплаченные после даты расторжения договора, возвращаются Страхователю в полном объеме.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме.

7.1.1. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - договора страхования, подписанного Страховщиком и Страхователем;

7.1.2. Договор страхования может быть заключен путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком и Страхователем.

7.1.3. Договор страхования также может быть заключен иными способами, предусмотренными законодательством РФ.

7.2. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести страховую выплату лицу, в пользу которого заключен договор страхования, а Страхователь обязуется оплатить страховую премию в установленные договором страхования размере и сроки.

7.3. Для заключения договора страхования Страхователь в устной форме или письменном виде предоставляет Страховщику или его уполномоченному представителю заявление на страхование. В заявлении он указывает точные и полные сведения о Застрахованном и другую необходимую информацию, имеющую существенное значение для заключения договора страхования, определения вероятности наступления страховых случаев и размеров возможного ущерба от их наступления. Если иное не предусмотрено договором страхования, к заявлению Страхователя прикладывается заявление о состоянии здоровья на момент принятия Застрахованного на страхование (Приложения № 2). Сведения, указанные в письменном заявлении на страхование и/или в заявлении о состоянии здоровья, удостоверяются подписью Страхователя (Застрахованного).

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным.

7.4. В случае утраты договора страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат договора страхования, на основании его письменного заявления.

7.5. Территорией страхового покрытия является:

- территория иностранного государства, указанного в Программе;
- территория иностранного государства и территория Российской Федерации;
- территория Российской Федерации.

Территория страхового покрытия в каждом индивидуальном случае определяется сторонами в договоре страхования.

7.6. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- в) смерти Страхователя (Застрахованного лица), с момента смерти Страхователя (Застрахованного лица);

г) ликвидации Страхователя – юридического лица (с даты ликвидации в порядке, предусмотренном законодательством РФ), кроме случаев изменения наименования Страхователя в договоре страхования (полисе) при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

д) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

е) признания решением суда договора страхования недействительным;

ж) отказа Страхователя от договора страхования в соответствии с п. 5.7. настоящих Правил.

7.7. Руководствуясь п. 1 ст. 452, п. 2 ст. 958 ГК РФ Страхователь, заключая договор страхования, соглашается с тем, что письменное соглашение о прекращении договора страхования в соответствии с п.5.7. настоящих Правил не заключается.

7.8. 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, об этом Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика.

7.9. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.10. Если договором страхования или соглашением к нему предусмотрена возможность возврата части страховой премии при расторжении договора страхования по инициативе Страхователя, то Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования и с учетом расходов Страховщика размер которых устанавливается Сторонами согласно действующей структуре тарифной ставки. Не подлежит возврату остаток страховой премии по истечении 10-ти месяцев с начала действия договора страхования, и/или в случае, если по расторгаемому договору выплачено страховое возмещение или Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованными лицами) заявлен страховой случай, если договором страхования не предусмотрено иное

7.11. В случаях, предусмотренных Правилами страхования, договором страхования, действующим законодательством РФ, Страховщик вправе потребовать досрочного расторжения договора страхования или признания его недействительным с возмещением убытков, причиненных расторжением договора или признания его недействительным, в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.12. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление в т.ч. Застрахованному (ым) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию о размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев и другую имеющую отношение к заключенному договору страхования информацию.

Страхователь обязуется уведомить Застрахованного/ Выгодоприобретателя о факте передачи его персональных данных на обработку Страховщику с целью предоставления услуг в области страхования, а также о составе переданных Страховщику персональных данных. Пользователями переданных персональных данных являются работники Страховщика и уполномоченные им третьи лица. Страхователь обязуется получить согласие физических лиц, указанных в договоре страхования, на обработку всех категорий персональных данных (включая специальные, в том числе данные о состоянии здоровья), и на передачу этих персональных данных Страховщиком третьим лицам, в том числе трансграничную передачу, если это необходимо в целях исполнения договора страхования. В случае если застрахованным лицом является несовершеннолетний гражданин, Страхователь гарантирует, что действует в интересах несовершеннолетнего гражданина, выражая согласие на обработку персональных данных в силу закона, на основании доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, получения, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, извлечения, передачи (предоставления, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 лет после окончания срока действия договора

страхования. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

7.13. После заключения договора страхования Страховщик выдает для Застрахованного страховой полис - именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования. К полису прилагается программа и, при необходимости, другие информационные документы, выдача которых согласована Сторонами договора.

Форма страхового полиса может отличаться от формы, предусмотренной в Приложении 6.

7.14. При утрате страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю (Застрахованному) выдаются новые.

7.15. Страховой полис выдается Страхователю (Застрахованному) в течение 10 дней после уплаты страховой премии (первого взноса).

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

8.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой.

В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

8.1.3. Расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии (первого страхового взноса), если им не предусмотрено иное.

8.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию, или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.2. Застрахованный имеет право:

8.2.1. Требовать предоставление медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования.

8.2.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

8.2.3. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

8.3.2. Отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

8.3.3. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий,

приведших к расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

8.3.4. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

8.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

8.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

8.4.4. Немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

8.5. Застрахованный обязан:

8.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

8.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

8.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

8.6.2. В течение 10 календарных дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой полис Страхователю (Застрахованному) с приложением Правил и Программы;

8.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

9. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

9.1. При первоначальной постановке Страхователю (Застрахованному) в период действия Договора страхования диагноза, требующего организации и оказания медицинской помощи, Страхователь (Застрахованный) обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий указанного события.

9.2. Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, после первоначальной постановки диагноза, требующего организации и оказания плановой медицинской помощи до обращения в медицинское учреждение для получения медицинской помощи сообщить Страховщику о постановке диагноза в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления (Приложение 3), любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.).

9.3. Предоставить Страховщику всю известную информацию о постановленном диагнозе и все необходимые документы для установления факта страхового случая и определения размера страховой выплаты.

9.4. Для организации и оказания медицинских услуг по Программе Страхователем (Застрахованным) предоставляются Страховщику следующие документы:

9.4.1. уведомление о постановке диагноза;

9.4.2. копию страхового полиса;

9.4.3. направление лечащего врача на плановое лечение;

9.4.4. медицинский документ лечебно - профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с указанием диагноза, сроков лечения, результатов обследования и другой информации;

9.4.5. результаты проведенных анализов;

9.4.6. выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваниях;

9.4.7. медицинский документ об отсутствии обращений - за последние 5 (Пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства (при диагностировании онкологического заболевания);

9.4.8. результаты гистологического исследования и заключение врача-онколога на основании данного исследования (при диагностировании онкологического заболевания);

9.4.9. копия документа, удостоверяющего личность;

9.4.10. копия заграничного паспорта.

Страхователь (Застрахованный) вправе предоставить любые иные документы, подтверждающие его право на получение страхового возмещения и не указанные в настоящих Правилах и Договоре страхования.

9.5. После получения Уведомления о постановке диагноза и полного пакета документов, предусмотренного настоящими Правилами, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

9.6. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии в Программой страхования в течение 14 (Четырнадцать) рабочих дней. При этом, Страховщик не несет ответственности, если Застрахованному лицу будет отказано в получение необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.

9.7. При признании случая не страховым Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках программы с указанием причин.

9.8. Если иное не предусмотрено договором страхования, выбор медицинского учреждения для получения услуг, предусмотренных договором страхования и Программой, осуществляется Страховщиком.

9.9. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не оплачивает следующие расходы:

- визовый сбор;

- билеты для проезда к месту оказания медицинских и иных услуг;

- проживание в отеле.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, в форме:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором и программой добровольного (международного) медицинского страхования, медицинским и иным организациям;

- возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного (международного) медицинского страхования.

10.2. Страховщик производит организацию и оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования и приложениями к нему, при предоставлении соответствующих документов.

10.3. Страховщик производит организацию и оплату медицинских и иных услуг, оказанных только после даты признания случая страховым.

10.4. Оплата медицинским и иным организациям за оказанные Застрахованному медицинские и иные услуги осуществляется в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской и / или иной организацией.

10.5. Порядок произведения страховых выплат в виде возмещения расходов Застрахованного (Страхователя):

10.5.1. Страховщик возмещает Застрахованному расходы, возникшие после даты признания случая страховым.

10.5.2. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного (международного) медицинского страхования и оказанных после даты признания случая страховым, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

- а) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного (международного) медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

- б) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

- в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

- г) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного (международного) медицинского страхования.

- д) копия лицензии медицинского учреждения с переводом на русский язык (в случае необходимости).

10.5.3. Размер страховой выплаты не может превышать размер страховой суммы, установленной договором страхования, и определяется документами, подтверждающими оказание и оплату медицинских услуг, в объеме и на условиях, предусмотренных программой страхования.

10.5.4. В течение 45-ти рабочих дней с момента поступления к Страховщику заявления и документов, предусмотренных п. 10.5.2. настоящих Правил, эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг.

10.6. Сроки и порядок страховой выплаты:

- в случае организации медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного (международного) медицинского страхования, Страховщик осуществляет организацию вышеуказанных услуг в порядке, предусмотренном разделом 9 настоящих Правил.

- в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного

международного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного международного медицинского страхования, но не позже 90 календарных дней с момента предоставления документов, предусмотренных в п. 10.5.2 и выдачи экспертом Страховщика заключения о целесообразности получения медицинских и иных услуг.

10.7. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму.

10.8. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается к Страховщику в порядке, указанном в п. 9.1. – 9.9. настоящих Правил.

10.9. Размер страховой выплаты рассчитывается из стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с программой, но не более страховой суммы, установленной договором страхования.

10.10. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не организывает и не оплачивает медицинские и иные услуги в случаях:

10.10.1. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

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

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

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

10.10.5. получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не предусмотренной договором страхования;

10.10.6. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по желанию Застрахованного и/или не назначенных лечащим врачом и/или не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения основного заболевания, покрываемого программой страхования, лечения осложнений и/или побочных эффектов (если такое лечение предусмотрено договором страхования), а также приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

10.10.7. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, связанных с лечением осложнений и/или побочных эффектов, которые являются прямым или косвенным следствием основного заболевания, покрываемого программой страхования;

10.10.8. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по врожденным порокам;

10.10.9. получения Застрахованным медицинских и иных услуг по заболеваниям и состояниям, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменения;

10.10.10. получения Застрахованным медицинских и иных услуг в профилактических целях, а также для сохранения/восстановления репродуктивных функций организма;

10.10.11. получения Застрахованным услуг по реабилитации, если иное не предусмотрено договором страхования;

10.10.12. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, выполняемых в эстетических и/или косметических целях, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы, а также реконструкции лица после операций и/или травм;

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

- дисплазией шейки матки CIN1, CIN2, CIN3 или опухолями, которые гистологически

диагностированы как предраковые;

- злокачественными новообразованиями кожи, за исключением меланомы;
- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).

10.10.14. получения паллиативной/симптоматической терапии;

10.10.15. лечения сопутствующих заболеваний. При этом под «сопутствующими заболеваниями» понимаются заболевания/медицинские состояния, возникшие в период основного медицинского лечения, покрываемого программой страхования и непосредственно вытекающие из него, что должно быть подтверждено в письменной форме лечащим врачом;

10.10.16. получения экспериментального лечения.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Если законом или договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от оплаты медицинских и иных услуг, а также от возмещения расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным), предусмотренных договором страхования, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а также в случаях:

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

11.1.2. занятий Застрахованным экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья;

11.1.3. несоблюдения Застрахованным предписаний врача, документально зафиксированных в медицинской документации;

11.1.4. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

11.1.6. умысла Страхователя (Застрахованного);

11.1.7. в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

12.1. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан письменно уведомлять Страховщика обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Обо всех значительных изменениях Страхователь (Выгодоприобретатель) обязаны незамедлительно, но, во всяком случае, не позднее 24 часов, с момента, когда им стало известно об этом уведомить Страховщика любым доступным способом (в том числе по телефону или факсу), и не позднее 3-х дней сообщить Страховщику в письменной форме с приложением документов, подтверждающих эти изменения.

Значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования, заявлении на страхование и в Правилах страхования, которыми, в частности, являются:

- получение группы инвалидности;
- участие Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- постановка на учет в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

12.2. В случаях, предусмотренных п. 12.1. настоящих Правил, Страхователь или Выгодоприобретатель обязан незамедлительно, но во всяком случае не позднее 24 часов, с момента, когда им стало известно об этом, заявить в письменном виде Страховщику.

12.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

12.4. В случае отсутствия уведомления или несвоевременного уведомления Страховщика об обстоятельствах, изложенных в пункте 12.1 настоящих Правил или в случае возражения Страхователя против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии в соответствии с п. 12.3. настоящих Правил Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования с момента изменения обстоятельств, существенно влияющих на степень страхового риска и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

12.5. Независимо от того, наступило ли повышение степени риска или нет, Страховщик имеет право, в течение срока действия договора страхования, проверять состояние Застрахованного, а также правильность сообщенных Страхователем сведений.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

13.1. Споры, возникающие при исполнении, неисполнении, либо ненадлежащем исполнении, изменении и расторжении договора, заключенного на основании настоящих Правил, разрешаются путем переговоров.

13.2. При невозможности устранения разногласий путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Страховщика или, в случае если спор вытекает из деятельности его обособленного подразделения, по месту нахождения такого обособленного подразделения с обязательным соблюдением процедуры досудебного (претензионного) урегулирования спора

В этих случаях сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

13.3. Претензия должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом, и содержать требования заявителя, расчет суммы претензии, перечень прилагаемых к претензии документов.

Претензия высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. Датой получения претензии считается день ее передачи стороне, указанный в уведомлении о вручении заказного письма. Срок для ответа на претензию устанавливается 30 календарных дней со дня ее получения.

13.4. Ответ на претензию высылается по почте заказным письмом с уведомлением о вручении. В случае, если в указанный в претензии разумный срок претензионные требования не удовлетворены (полностью или частично), сторона, право которой нарушено, вправе обратиться с исковым заявлением в суд в соответствии с правилами о подсудности, установленными действующим законодательством РФ.

**Программа международного медицинского страхования
«AlfaUltraCare: Уровень Серебряный»**

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением санавиации.

1.2. Медицинские услуги и лечение в стационаре:

- консультации лечащим врачом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;

1.3. Трансплантация органов, на сумму не более эквивалента 1 000 000 (Миллион) долларов США;

1.3.1. Стоимость расходов на перевозку тела.

1.3.2. Расходы на получение органа для пересадки.

1.3.3. Стоимость поездки за границу.

1.3.4. Расходы на воздушную перевозку за границу специальным рейсом.

1.3.5. Расходы на проживание за границей.

1.3.6. Расходы на доставку врача-специалиста в страну.

1.4. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.5. Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке.

1.6. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).

1.7. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения, в том числе:

1.7.1. Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течении периода лечения;

1.7.2. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.7.3. Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.7.4. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от

аэропорта до клиники, или иного места размещения Страхователя на период лечения и в аэропорт.

1.7.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения.

1.7.6. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного.

Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.7.6.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.7.6.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.7.6.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. **1.7.6.2.** настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.7.6.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации.

После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов, которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение, для подготовки запроса на получение

Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая, но не ограничиваясь:

2.1. Общая хирургия: Холецистэктомия; Колэктомия; Колоректальная хирургия (в том числе малоинвазивные методы); Гистерэктомия; Тиреоидэктомия; Герниопластика (эпигастральной/бедренной/паховой грыжи); Элективная хирургия дивертикулита; Хирургия молочной железы (некосметическая).

2.2. Сердечно-сосудистая хирургия: Аортокоронарное шунтирование; Замена сердечного клапана; Каротидная ангиография, стентирование, эндартерэктомия; Вальвулотомия сердечного клапана; Септальнаямиомэктомия; Установка кардиостимулятора; Катетеризация сердца; Стентирование; Сосудистая хирургия (за исключением лечения варикозного расширения вен); Операции в связи с пороками сердца; Операции в связи с дефектами перегородки (межжелудочковой/межпредсердной).

2.3. Нейрохирургия: Операции в связи с врожденными пороками развития; Операции в связи с гидроцефалией; Операции в связи с травмами спинного мозга; Операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы; Операции в связи с межпозвоночной грыжей; Операции в связи с стенозом спинномозгового канала; Операции в связи с опухолью головного мозга; Операции в связи с опухолями позвоночника, спинного мозга и периферических нервов; Эмболизация неразорвавшейся церебральной аневризмы.

2.4. Урология: Операции в связи с врожденными пороками развития; Трансуретральная резекция предстательной железы; Криоабляция / высокочастотная УЗ-абляция простаты; Удаление камней (чрескожная нефролитотрипсия/ экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия); Хирургия пузырно-мочеточникового рефлюкса; Операции в связи с недержанием мочи (TVT).

2.5. Ортопедическая хирургия: Эндопротезирование тазобедренного сустава; Поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава; Эндопротезирование коленного сустава; Эндопротезирование других суставов; Реконструктивные операции на мениске; Реконструктивные операции на передней крестообразной связке; Реконструктивные операции на плечевом суставе; Хирургия кисти/стопы; Артроскопическая хирургия; Протезирование конечностей.

2.6. Офтальмохирургия: Витрео-ретиальная хирургия (за исключением рефрактивной хирургии); Офтальмоонкология; Операционное лечение глаукомы; Операционное лечение катаракты; Хирургия роговицы.

2.7. Онкология: Обследование и план консервативного лечения; Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.8. Нейродегенеративные заболевания: Рассеянный склероз; Болезнь Паркинсона; Заболевание двигательных нейронов; Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России).

2.9. Трансплантационная хирургия: Трансплантология сердца; Трансплантология лёгкого; Трансплантология почки; Трансплантология поджелудочной железы; Трансплантология костного мозга.

2.10. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

3. Страховая сумма определяется по согласованию Сторон в договоре страхования.

**Программа международного медицинского страхования
«AlfaUltraCare: Уровень Золотой»**

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. В соответствии с настоящей Программой, Страховщик оплачивает следующие услуги:

1.1. Стационарная помощь:

1.1.1. Медицинская перевозка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями, за исключением санавиации).

1.2. Медицинские услуги и лечение в стационаре:

1.2.1. консультации лечащим врачом;

1.2.2. лабораторные и инструментальные исследования;

1.2.3. физиотерапия;

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

1.2.5. трансплантация органов;

1.2.5.1. Стоимость расходов на перевозку тела.

1.2.5.2. Расходы на получение органа для пересадки.

1.2.5.3. Стоимость поездки за границу.

1.2.5.4. Расходы на воздушную перевозку за границу специальным рейсом.

1.2.5.5. Расходы на проживание за границей.

1.2.5.6. Расходы на доставку врача-специалиста в страну страхователя.

1.2.6. протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;

1.2.7. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

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

1.2.9. лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;

1.2.10. пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост;

1.3. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.4. Предоставление различной медицинской документации, в том числе и на русском языке.

1.5. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).

1.6. Стоимость авиабилетов в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.7. Стоимость размещения в гостинице не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8. Визовый сбор для Застрахованного и одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.9. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения:

1.9.1. Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течении периода лечения;

1.9.2. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.9.3. Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.9.4. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для застрахованного и и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от аэропорта до клиники, или иного места размещения страхователя на период лечения и в аэропорт.

1.9.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения (в случае необходимости).

1.10. Репатриация останков в страну проживания Застрахованного.

1.11. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного.

Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.11.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.11.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.11.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. 1.11.2. настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.11.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик

связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации. После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов, которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение (в случае необходимости), для подготовки запроса на получение Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая, но не ограничиваясь:

2.1. Общая хирургия: Холецистэктомия; Колэктомия; Колоректальная хирургия (в том числе малоинвазивные методы); Гистерэктомия; Тиреоидэктомия; Герниопластика (эпигастральной/бедренной/паховой грыжи); Элективная хирургия дивертикулита; Хирургия молочной железы (некосметическая).

2.2. Сердечно-сосудистая хирургия: Аортокоронарное шунтирование; Замена сердечного клапана; Каротидная ангиография, стентирование, эндартерэктомия; Вальвулотомия сердечного клапана; Септальнаямиомэктомия; Установка кардиостимулятора; Катетеризация сердца; Стентирование; Сосудистая хирургия (за исключением лечения варикозного расширения вен); Операции в связи с пороками сердца; Операции в связи с дефектами перегородки (межжелудочковой/межпредсердной).

2.3. Нейрохирургия: Операции в связи с врожденными пороками развития; Операции в связи с гидроцефалией; Операции в связи с травмами спинного мозга; Операции в связи с травматическим поражением периферической нервной системы; Операции в связи с межпозвоночной грыжей; Операции в связи с стенозом спинномозгового канала; Операции в связи с опухолью головного мозга; Операции в связи с опухолями позвоночника, спинного мозга и периферических нервов; Эмболизация неразорвавшейся церебральной аневризмы.

2.4. Урология: Операции в связи с врожденными пороками развития; Трансуретральная резекция предстательной железы; Криоабляция / высокочастотная УЗ-абляция простаты; Удаление камней (чрескожная нефролитотрипсия/ экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия); Хирургия пузырно-мочеточникового рефлюкса; Операции в связи с недержанием мочи (TVT).

2.5. Ортопедическая хирургия: Эндопротезирование тазобедренного сустава;

Поверхностное эндопротезирование тазобедренного сустава; Эндопротезирование коленного сустава; Эндопротезирование других суставов; Реконструктивные операции на мениске; Реконструктивные операции на передней крестообразной связке; Реконструктивные операции на плечевом суставе; Хирургия кисти/стопы; Артроскопическая хирургия; Протезирование конечностей.

2.6. Офтальмохирургия: Витрео-ретиальная хирургия (за исключением рефрактивной хирургии); Офтальмоонкология; Операционное лечение глаукомы; Операционное лечение катаракты; Хирургия роговицы.

2.7. Онкология: Обследование и план консервативного лечения; Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммуноterapia; Гормонотерапия.

2.8. Нейродегенеративные заболевания: Рассеянный склероз; Болезнь Паркинсона; Заболевания двигательных нейронов; Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России).

2.9. Трансплантационная хирургия: Трансплантология сердца; Трансплантология лёгкого; Трансплантология почки; Трансплантология поджелудочной железы; Трансплантология костного мозга.

2.10. Другие виды операций, кроме косметических.

2.11. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

3. Страховая сумма определяется по согласованию Сторон в договоре страхования.

Программа международного медицинского страхования «AlfaSynopsis: Уровень Серебряный»

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

1.2. Расходы на госпитализацию:

1.2.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением санавиации.

1.3. Стационарные медицинские услуги и лечение включая:

- Консультации лечащим врачом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;
- пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;

1.4. Сестринский уход на дому.

1.5. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.6. Предоставление различной медицинской документации;

1.7. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).

1.8. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения, в том числе:

1.8.1. Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течении периода лечения;

1.8.2. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8.3. Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8.4. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт.

1.8.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения (в случае необходимости).

1.9. Репатриация останков в страну проживания застрахованного.

1.10. Стоимость авиабилетов в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.11. Стоимость размещения в гостинице не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.12. Визовый сбор для Застрахованного и одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.13. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного.

Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.13.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.13.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.13.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. 1.13.2. настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.13.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение»,

обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации.

После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов, которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение, для подготовки запроса на получение Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Операции и/или другие медицинские процедуры, оказываемые по Программе:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России); Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.2. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

3. Страховая сумма определяется по согласованию Сторон в Договоре страхования.

Программа международного медицинского страхования «AlfaSynopsis: Уровень Золотой»

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

1.2. Расходы на госпитализацию:

1.2.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением сан авиации.

1.3. Стационарные медицинские услуги и лечение включая:

- Консультации лечащим врачом;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов;
- пребывание в одно- и двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней;

1.4. Сестринский уход на дому.

1.5. Экспертиза временной нетрудоспособности.

1.6. Предоставление различной медицинской документации;

1.7. Сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и т.д.).

1.8. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в стране назначения, в том числе:

1.8.1. Сопровождение Застрахованного в стране назначения в течение периода лечения;

1.8.2. Помощь в получении визы с целью прохождения лечения в страну назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8.3. Помощь в бронировании авиабилетов в страну назначения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.8.4. Организация немедицинской перевозки в стране назначения для Застрахованного и одного сопровождающего (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих) от аэропорта до клиники, или иного места размещения Застрахованного на период лечения и в аэропорт.

1.8.5. Услуги устного и письменного перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения (в случае необходимости).

1.9. Репатриация останков в страну проживания страхователя.

1.10. Стоимость авиабилетов в страну назначения и обратно в страну постоянного проживания экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.11. Стоимость размещения в гостинице не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.12. Визовый сбор для Застрахованного и одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки в страну назначения (для несовершеннолетних Застрахованных – двух сопровождающих).

1.13. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Данная услуга заключается в получении Застрахованным повторного заключения о состоянии его здоровья, которое выносится медицинской организацией по итогам рассмотрения и оценки медицинской информации, содержащейся в первом медицинском мнении (медицинской документации, содержащей информацию о результатах обследования Застрахованного, наличии у него заболеваний, их диагнозах и прогнозах, методах лечения, возможных

вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения), которое было изложено врачом-специалистом, получившим от компетентных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющим необходимую квалификацию, в истории болезни Застрахованного.

Застрахованный имеет право на получение услуги «Второе медицинское мнение» на перечисленных ниже условиях:

1.13.1. Экспертное медицинское мнение выносится ведущими врачами-специалистами на основе первого медицинского мнения и истории болезни Застрахованного, представленной последним Страховщику, без обязательного медицинского обследования Застрахованного врачом-специалистом.

1.13.2. Требуемое заключение/мнение относится к состоянию здоровья Застрахованного в одной из следующих областей медицины:

- Онкология;
- Кардиология;
- Неврология;
- Нефрология;
- Ортопедия.

1.13.3. В период действия Договора Застрахованный имеет право на получение Экспертного медицинского мнения не более двух раз по каждой из перечисленных в п. 1.13.2. настоящей Программы областей в течение срока действия Договора страхования.

1.13.4. Порядок получения услуги «Второе мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

Застрахованный, нуждающийся в получении услуги «Экспертное медицинское мнение», обращается к Страховщику для организации получения данной услуги с имеющимися у него медицинскими документами, подтверждающими поставленный диагноз.

Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения Застрахованного сообщает Застрахованному, какую именно медицинскую информацию и документацию он должен будет представить для отправки запроса врачу-специалисту для получения услуги «Экспертное медицинское мнение».

При необходимости после получения запроса и истории болезни Застрахованного Страховщик связывается с Застрахованным по телефону или с помощью других средств связи, таких как электронная почта или факс, для получения дополнительной информации и документации.

После получения истории болезни Застрахованного и иных медицинских документов, которые потребуются для подготовки Экспертного медицинского мнения, запрос на получение Экспертного медицинского мнения направляется Страховщиком врачу-специалисту.

Услуга считается организованной Страховщиком с момента оказания Застрахованному услуги «Экспертное медицинское мнение». Моментом оказания данной услуги является момент передачи Страховщиком документально оформленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному.

При необходимости Страховщик запрашивает у Застрахованного необходимые медицинские документы и осуществляет их перевод на язык страны, в которой будет изготавливаться Второе медицинское мнение (в случае необходимости), для подготовки запроса на получение Экспертного медицинского мнения.

Страховщик направляет медицинские документы и запрос на получение Экспертного медицинского мнения подходящему врачу-специалисту. Страховщик обеспечивает передачу подготовленного Экспертного медицинского мнения Застрахованному в течение 14 рабочих дней с момента, когда будет получена вся необходимая медицинская информация. В сложных случаях, требующих участия нескольких врачей-специалистов или проведения дополнительных консультаций, передача Экспертного медицинского мнения Абоненту может занять до 30 рабочих дней с момента, когда Страховщик получит требуемую медицинскую информацию.

В случае отсутствия в предоставленных Застрахованным медицинских документах первого

медицинского мнения указанные медицинские документы не направляются врачу-специалисту, и услуга «Экспертное медицинское мнение» не организовывается, о чем Страховщик уведомляет Застрахованного в течение трех рабочих дней с момента принятия решения о ненаправлении медицинских документов врачу-специалисту в связи с отсутствием в них первого медицинского мнения.

2. Операции и/или другие медицинские процедуры, оказываемые по Программе:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения (план лечения будет составляться в России); Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.2. Услуга «Второе медицинское мнение» («Экспертное медицинское мнение»).

3. Страховая сумма определяется по согласованию Сторон в Договоре страхования.

**Программа страхования
АльфаСИНОПСИС (АНТИОНКО) РОССИЯ**

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением сан. авиации.

1.2. Медицинские и иные услуги:

- консультации лечащим врачом и другими специалистами по назначению лечащего врача;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов на сумму не более 300 000 (триста тысяч) российских рублей в год;
- пребывание в одно – или двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней.

1.3. Сестринский уход на дому на сумму не более 100 000 (Сто тысяч) российских рублей.

1.4. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в месте лечения:

- сопровождение Застрахованного в месте лечения в течение периода лечения;
- помощь в бронировании авиабилетов к месту лечения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего;
- организация немедицинской перевозки в месте лечения для застрахованного и одного сопровождающего от аэропорта до клиники или иного места размещения Застрахованного на период лечения и обратно в аэропорт;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- предоставление различной медицинской документации.

1.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.

1.6. Стоимость авиабилетов от места постоянного проживания к месту лечения и обратно экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего

Застрахованного во время поездки.

1.7. Стоимость размещения в гостинице категории не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время пребывания в месте лечения. При этом Страховщик оплачивает расходы на проживание в номере категории «Стандарт», по типу ВВ.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения, Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммуноterapia; Гормонотерапия.

2.2. Программой покрывается лечение следующих состояний / заболеваний:

2.2.1. любого злокачественного новообразования, в том числе лейкемии, саркомы и лимфомы (за исключением лимфом кожи), характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и прорастанием в окружающие ткани;

2.2.2. любого вида рака *in situ* (преинвазивного рака, внутриэпителиального рака) ограниченного эпителием зоны возникновения, без прорастания в строму или окружающие (подлежащие) ткани;

2.2.3. при этом Страховщик не покрывает лечение дисплазии CIN I, CIN II и CIN III, а также:

- любые злокачественные заболевания при наличии Синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- рак кожи (за исключением злокачественных меланом), лимфом кожи.

2.3. По риску «Онкология» Страховщик покрывает стационарное и амбулаторно-поликлиническое лечение.

Программа страхования АльфаСИНОПСИС РОССИЯ. РАСШИРЕННАЯ

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением сан. авиации.

1.2. Медицинские и иные услуги:

- консультации лечащим врачом и другими специалистами по назначению лечащего врача;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 300 000 (Триста тысяч) российских рублей в год;
- пребывание в одно – или двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней.

1.3. Сестринский уход на дому на сумму не более 100 000 (Сто тысяч) российских рублей.

1.4. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в месте лечения:

- сопровождение Застрахованного в месте лечения в течение периода лечения;

- помощь в бронировании авиабилетов к месту лечения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего;
- организация немедицинской перевозки в месте лечения для застрахованного и одного сопровождающего от аэропорта до клиники или иного места размещения Застрахованного на период лечения и обратно в аэропорт;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- предоставление различной медицинской документации.

1.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.

1.6. Стоимость авиабилетов от места постоянного проживания к месту лечения и обратно экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки.

1.7. Стоимость размещения в гостинице категории не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время пребывания в месте лечения. При этом Страховщик оплачивает расходы на проживание в номере категории «Стандарт», по типу ВВ.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения, Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.2. Программой покрывается лечение следующих состояний / заболеваний:

2.2.1. любого злокачественного новообразования, в том числе лейкемии, саркомы и лимфомы (за исключением лимфом кожи), характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и прорастанием в окружающие ткани;

2.2.2. любого вида рака *in situ* (преинвазивного рака, внутриэпителиального рака) ограниченного эпителием зоны возникновения, без прорастания в строму или окружающие (подлежащие) ткани;

2.2.3. при этом Страховщик не покрывает лечение дисплазии CIN I, CIN II и CIN III, а также:

- любые злокачественные заболевания при наличии Синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);

- рак кожи (за исключением злокачественных меланом), лимфом кожи.

2.3. Сердечно-сосудистая хирургия: Аортокоронарное шунтирование; Замена сердечного клапана; Каротидная ангиография, Стентирование, Эндартерэктомия; Вальвулотомия сердечного клапана; Септальная миомэктомия; Установка кардиостимулятора; Катетеризация сердца; Сосудистая хирургия (за исключением лечения варикозного расширения вен); Операции в связи с пороками сердца; Операции в связи с дефектами перегородки (межжелудочковой/межпредсердной);

2.4. Нейрохирургия: любое хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга.

2.5. Трансплантация костного мозга от живого и неживого донора.

2.6. По риску «Онкология» Страховщик покрывает стационарное и амбулаторно-поликлиническое лечение.

2.7. По рискам «Сердечно-сосудистая хирургия», «Нейрохирургия», а также «Трансплантация костного мозга» Страховщик покрывает лечение только в условиях стационара.

Программа страхования

АльфаСИНОПСИС (АНТИОНКО). ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:

1.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением сан. авиации.

1.2. Медицинские и иные услуги:

- консультации лечащим врачом и другими специалистами по назначению лечащего врача;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиотерапия;
- хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
- пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
- лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
- протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцати тысяч) долларов США в год;
- пребывание в одно – или двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней.

1.3. Сестринский уход на дому на сумму не более эквивалента 10 000 (десяти тысяч) долларов США.

1.4. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в месте лечения:

- сопровождение Застрахованного в месте лечения в течение периода лечения;
- помощь в получении медицинской визы, включая оплату визового сбора для Застрахованного и одного сопровождающего;
- помощь в бронировании авиабилетов к месту лечения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего;
- организация немедицинской перевозки в стране лечения для Застрахованного и одного сопровождающего от аэропорта до клиники или иного места размещения Застрахованного на период лечения и обратно в аэропорт;
- услуги устного и письменно перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения;
- экспертиза временной нетрудоспособности;
- предоставление различной медицинской документации.

1.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.

1.6. Стоимость авиабилетов от места постоянного проживания к месту лечения и обратно экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время поездки.

1.7. Стоимость размещения в гостинице категории не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время пребывания в месте лечения. При этом Страховщик оплачивает расходы на проживание в номере категории «Стандарт», по типу ВВ.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения, Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.2. Программой покрывается лечение следующих состояний / заболеваний:

2.2.1. любого злокачественного новообразования, в том числе лейкемии, саркомы и лимфомы (за исключением лимфом кожи), характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и прорастанием в окружающие ткани;

2.2.2. любого вида рака in situ (преинвазивного рака, внутриэпителиального рака) ограниченного эпителием зоны возникновения, без прорастания в строму или окружающие (подлежащие) ткани;

- 2.2.3. при этом Страховщик не покрывает лечение дисплазии CIN I, CIN II и CIN III, а также:
- любые злокачественные заболевания при наличии Синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);
 - рак кожи (за исключением злокачественных меланом); лимфом кожи.
- 2.3. По риску «Онкология» Страховщик покрывает стационарное и амбулаторно-поликлиническое лечение.

Программа страхования
АльфаСИНОПСИС ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ. РАСШИРЕННАЯ

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1. По настоящей Программе Страховщик организует и оплачивает следующие услуги:
- 1.1. Медицинская транспортировка Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями), за исключением сан. авиации.
- 1.2. Медицинские и иные услуги:
- консультации лечащим врачом и другими специалистами по назначению лечащего врача;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - физиотерапия;
 - хирургическое (включая услуги анестезиолога) и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
 - пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - пребывание в стационаре с целью диагностического обследования в случае, если по прибытию на лечение в выбранное Страховщиком медицинское учреждение изначальный диагноз опровергается;
 - лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения;
 - протезирование и имплантация, включая стоимость имплантов на сумму не более эквивалента 15 000 (пятнадцати тысяч) долларов США в год;
 - пребывание в одно – или двухместных палатах, но не более 30 календарных дней, питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом, в том числе послеоперационный индивидуальный медицинский пост, но не более 8 дней.
- 1.3. Сестринский уход на дому на сумму не более эквивалента 10 000 (десяти тысяч) долларов США.
- 1.4. Сервисные услуги и услуги сопровождения, связанные с организацией медицинской помощи Застрахованному в месте лечения:
- сопровождение Застрахованного в месте лечения в течение периода лечения;
 - помощь в получении медицинской визы, включая оплату визового сбора для Застрахованного и одного сопровождающего;
 - помощь в бронировании авиабилетов к месту лечения и обратно для Застрахованного и одного сопровождающего;
 - организация немедицинской перевозки в стране лечения для Застрахованного и одного сопровождающего от аэропорта до клиники или иного места размещения Застрахованного на период лечения и обратно в аэропорт;
 - услуги устного и письменно перевода для Застрахованного в выбранном медицинском учреждении на период лечения;
 - экспертиза временной нетрудоспособности;
 - предоставление различной медицинской документации.
- 1.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.
- 1.6. Стоимость авиабилетов от места постоянного проживания к месту лечения и обратно экономическим классом для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего

Застрахованного во время поездки.

1.7. Стоимость размещения в гостинице категории не более 4-х звезд для Застрахованного, а также одного лица, сопровождающего Застрахованного во время пребывания в месте лечения. При этом Страховщик оплачивает расходы на проживание в номере категории «Стандарт», по типу ВВ.

2. Программа покрывает операции и/или другие медицинские услуги, включая:

2.1. Онкология: Обследование и план консервативного лечения, Хирургические методы лечения; Лучевая терапия; Химиотерапия; Иммунотерапия; Гормонотерапия.

2.2. Программой покрывается лечение следующих состояний / заболеваний:

2.2.1. любого злокачественного новообразования, в том числе лейкемии, саркомы и лимфомы (за исключением лимфом кожи), характеризующегося неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, и прорастанием в окружающие ткани;

2.2.2. любого вида рака *in situ* (преинвазивного рака, внутриэпителиального рака) ограниченного эпителием зоны возникновения, без прорастания в строму или окружающие (подлежащие) ткани;

2.2.3. при этом Страховщик не покрывает лечение дисплазии CIN I, CIN II и CIN III, а также:

- любые злокачественные заболевания при наличии Синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД);

- рак кожи (за исключением злокачественных меланом); лимфом кожи.

2.3. Сердечно-сосудистая хирургия: Аортокоронарное шунтирование; Замена сердечного клапана; Каротидная ангиография, Стентирование, Эндартерэктомия; Вальвулотомия сердечного клапана; Септальная миомэктомия; Установка кардиостимулятора; Катетеризация сердца; Сосудистая хирургия (за исключением лечения варикозного расширения вен); Операции в связи с пороками сердца; Операции в связи с дефектами перегородки (межжелудочковой/межпредсердной);

2.4. Нейрохирургия: любое хирургическое вмешательство на головном мозге или прочих внутричерепных структурах, а также хирургические вмешательства при доброкачественных опухолях спинного мозга;

2.5. Трансплантация костного мозга от живого и неживого донора.

2.6. По риску «Онкология» Страховщик покрывает стационарное и амбулаторно-поликлиническое лечение.

2.7. По рискам «Сердечно-сосудистая хирургия», «Нейрохирургия», а также «Трансплантация костного мозга» Страховщик покрывает лечение только в условиях стационара.

Приложение
к Правилам добровольного международного медицинского страхования

**1. Базовые страховые тарифы
по добровольному международному медицинскому страхованию
(при сроке страхования 1 год)
(в процентах от страховой суммы)**

Таблица №1

Наименование программы	Тарифная ставка, в % от страховой суммы
AlfaUltraCare: Уровень Серебряный	0,2476
AlfaUltraCare: Уровень Золотой	0,2899
AlfaSynopsis: Уровень Серебряный	0,3861
AlfaSynopsis: Уровень Золотой	0,3537
АльфаСИНОПСИС (АНТИОНКО) РОССИЯ	0,0513
АльфаСИНОПСИС РОССИЯ. РАСШИРЕННАЯ	0,0490
АльфаСИНОПСИС (АНТИОНКО). ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ	0,0116
АльфаСИНОПСИС ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ. РАСШИРЕННАЯ	0,0306

Страховщик имеет право применять к рассчитанной ставке страхового тарифа повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от различных факторов, влияющих на степень страхового риска.