

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «AlfaSYNOPSIS (АнтиОНКО) РОССИЯ»

1. Страховой случай.

1.1. В соответствии с условиями Договора страхования АО «АльфаСтрахование» организует и оплачивает медицинские и иные услуги Застрахованному в объеме, предусмотренном настоящей Программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа), при наступлении страхового случая.

1.2. Страховым случаем является возникновение возможных расходов Застрахованного лица, которые оно должно произвести для организации и оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, в объеме, предусмотренном Программой добровольного международного медицинского страхования в связи с впервые диагностированным в период действия Договора страхования онкологическим заболеванием у Застрахованного лица, требующего организации и оказания медицинской помощи. При этом услуги по первичной постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой добровольного международного медицинского страхования, медицинским и иным организациям.

1.3. Под «онкологическим заболеванием» подразумевается заболевание, входящее в рубрику «Злокачественные новообразования» (C00-C97) и в рубрику «Новообразования in situ» (D00-D09) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (МКБ 10), подтвержден гистологически, а также специалистом-онкологом

2. Период ожидания.

2.1. Программой предусмотрен период времени с момента вступления Договора страхования в силу и до момента начала действия страхования, в течение которого Страховщик не несет ответственность за страховые случаи, произошедшие с Застрахованным.

2.2. По настоящей Программе, если иное не предусмотрено Договором, установлен период ожидания для всех видов лечения - 120 (сто двадцать) календарных дней с даты начала срока действия Полиса-оферты.

3. Порядок получения медицинской помощи.

3.1. По настоящей Программе медицинские и иные услуги предоставляются в медицинских и иных учреждениях Российской Федерации.

3.2. Выбор медицинского учреждения, в котором будет осуществляться помощь, остается за Страховщиком.

Обслуживание Застрахованных осуществляется через АО «АльфаСтрахование».

Круглосуточная служба поддержки **8-800-700-09-98** (звонок по России бесплатный).

4. Действие сторон при наступлении события, имеющего признаки страхового.

4.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий страхового случая.

4.2. Застрахованный (его законный представитель) обязан незамедлительно, до обращения в медицинское учреждение (до получения медицинской помощи) сообщить Страховщику о наступлении события, имеющего признаки страхового, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом, телефонный звонок и т.д.), при установлении Застрахованному диагноза, попадающего под покрытие настоящей Программы.

4.3. Застрахованный (его законный представитель) обязан предоставить Страховщику всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая.

4.4. Для организации медицинских и иных услуг по Программе Застрахованным (его законным представителем) предоставляются Страховщику следующие документы:

- уведомление/заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового;
- копию страхового Полиса;
- 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;
- результаты проведенных анализов, включая гистологические подтверждения диагноза;
- выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора заболеваниях;
- медицинский документ об отсутствии обращений – за последние 5 (пять) лет из онкологического диспансера по месту жительства.

4.5. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы, а также сведения, связанные со страховым случаем у любых врачей, медицинских учреждений, других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

4.6. После получения Заявления о страховом случае и полного пакета документов, предусмотренного настоящей Программой, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/ не признании случая страховым.

4.7. При признании случая страховым Страховщик организует предусмотренные Договором страхования медицинские и иные услуги в полном соответствии с Программой в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней. При этом, если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик не занимается оформлением документов необходимых для въезда в страну, в которой будет проводиться лечение Застрахованного лица, и не несет ответственности, если Застрахованному лицу будет отказано в получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.

4.8. При признании случая не страховым Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия решения письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы с указанием причин.

4.9. Застрахованный обязан соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением. В случае несоблюдения Застрахованным предписаний врача, документально зафиксированных в медицинской документации, Страховщик вправе расторгнуть Договор в отношении данного Застрахованного путем письменного уведомления Страхователя без возврата страховой премии, уплаченной за данного Застрахованного.

5. Объем предоставляемых услуг.

Все услуги предоставляются в соответствии с разделом 6 Программы «Исключения из Программы добровольного международного медицинского страхования»

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

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

5.1.2. 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.

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

5.1.4. 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.

5.1.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.

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

5.1.7. 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.

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

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

5.2.2. Программой покрывается лечение следующих состояний / заболеваний:

5.2.2.1. 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;

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

5.2.2.3. 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.

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

5.3. Страховая сумма.

Страховая сумма по Программе – 6 000 000 (Шесть миллионов) российских рублей.

6. Исключения из Программы добровольного международного медицинского страхования.

Страховщик имеет право полностью или частично отказать в оплате медицинских и иных услуг, необходимых Застрахованному, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а также в случаях:

6.1. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены Договором страхования и /или которые возникли вне периода действия Договора страхования;

6.2. получения Застрахованным медицинских и иных услуг, не назначенных лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретение лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний;

6.3. получения Застрахованным медицинских и иных услуг при несоблюдении предписаний лечащего врача, полученных в ходе предоставления медицинской помощи, при несоблюдении распорядка, установленного медицинским учреждением;

6.4. получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не указанной в Программе страхования;

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

- раком кожи, за исключением меланомы; лимфом кожи;

- опухолями, которые гистологически диагностированы как предраковые;

- дисплазией высокой степени или тяжелой дисплазией (CIN I, CIN II и CIN III);

- онкологическими заболеваниями на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ).