

Ключевой информационный документ

об условиях Полиса медицинского страхования по Программе добровольного международного медицинского страхования

«АльфаСинописис»

подготовлен на основании Правил добровольного международного медицинского страхования АО «АльфаСтрахование», утвержденных приказом Генерального Директора от 26.07.2021 г. N 167 (далее – Правила страхования)



Страховщик:	АО «АльфаСтрахование», адрес: 115280, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, пр-кт Лихачёва, д. 15, помещ. 2/15, тел. 8 800 333 0 999, +7 495 788-09-99 сайт: alfastrah.ru
-------------	---

Раздел I. ЧТО ЗАСТРАХОВАНО?

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение действия Договора к Страховщику для организации и оплаты услуг, предусмотренных Программой, по поводу возникших в течение действия Договора страхования Онкологических заболеваний. При этом 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), подтверждённое гистологически, а также врачом-онкологом. При этом услуги по первичной постановке диагноза в объём страхового покрытия не входят.

Раздел II. ЧТО НЕ ЗАСТРАХОВАНО?

Страховщик не организывает и не оплачивает медицинские и иные услуги в случаях:

- 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;

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

- 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;

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

- 5) получения Застрахованным медицинских и иных услуг на территории, не предусмотренной договором страхования;

- 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;

- 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;

- 8) 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 изменение;

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

- 10) получения Застрахованным услуг по реабилитации;

- 11) 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;

- 12) 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);

13) занятий Застрахованным экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья;

14) несоблюдения Застрахованным предписаний врача, документально зафиксированных в медицинской документации;

15) получения паллиативной/симптоматической терапии;

16) лечения сопутствующих заболеваний, сверх объема, указанного в настоящей Программе. 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;

17) получения экспериментального лечения.

18) Страховой случай, наступивший за пределами срока Страхования.

19) Расходы по первичной постановке диагноза в объем страхового покрытия не входят.

Раздел III. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

Российская Федерация.

Раздел IV. КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ?

Застрахованный (его законный представитель) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о наступлении страхового случая любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом, телефонный звонок и т.д.), после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая (с даты установления Застрахованному диагноза заболевания, покрываемого Программой).

Для организации медицинских услуг по Программе Застрахованным (его законным представителем) предоставляются Страховщику следующие документы: уведомление/заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового; направление лечащего врача на плановое лечение; 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 результаты морфологического подтверждения (гистологическое или цитологическое исследование) по онкологическому заболеванию; заключение врача-онколога по результатам морфологического подтверждения онкологического диагноза.

После получения полного пакета документов, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней принимает решение о признании/не признании случая страховым. 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 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.

Раздел V. КАК ВЕРНУТЬ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ?

Основания для возврата страховой премии

Сумма возврата страховой премии

<p>Отказ от договора добровольного страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года N 3854-У "О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования" (период охлаждения)</p>	<p>100% от страховой премии - при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования; 100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, - при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования</p>
<p>Отказ от договора добровольного страхования заключенного при предоставлении потребительского кредита (займа) в течение 30 календарных дней с даты заключения договора страхования</p>	<p>100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, - при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования 100% от страховой премии - при отказе от договора добровольного страхования до даты начала действия страхования; 100% от страховой премии - при отказе от договора добровольного страхования после даты начала действия страхования, если договор страхования заключался с целью обеспечения исполнения обязательств заемщика (Страхователя) по договору потребительского кредита (займа)</p>
<p>Отказ от договора добровольного страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования</p>	<p>100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование</p>

В иных случаях страховая премия возврату не подлежит.

Возврат страховой премии осуществляется: в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) в период охлаждения; в течение 7 рабочих дней со дня получения заявления - при отказе Страхователя в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования.

Раздел VI. КАК УРЕГУЛИРОВАТЬ СПОР ДО СУДА?

1. Направить Страховщику заявление (претензию) в письменной форме.
2. В случае если Страховщик не удовлетворил заявление (претензию) и при этом размер требований не превышает 500 000,00 рублей, до обращения в суд необходимо обратиться к уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг:
сайт: www.finombudsman.ru; адрес: 119017, г. Москва, Старомонетный пер., дом 3.
Рассмотрение уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг обращения потребителя финансовых услуг осуществляется бесплатно.

