

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АЛЬФАСИНОПСИС (АНТИОНКО) ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ»

1. Страховой случай.

1.1. В соответствии с условиями договора страхования АО «АльфаСтрахование» организует и оплачивает медицинские и иные услуги в медицинские и иные учреждения в объеме, предусмотренном настоящей программой страхования (далее – Программа), при наступлении страхового случая.

1.2. Страховым случаем в соответствии с настоящей Программой признаётся обращение Застрахованного лица в течение действия Договора к Страховщику для организации и оплаты услуг, предусмотренных настоящей Программой, по поводу возникших в течение действия Договора страхования заболеваний, предусмотренных пунктом 2 настоящей Программы.

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

После осуществления страховой выплаты страховая сумма уменьшается на величину выплаченного страхового обеспечения. Размер страховых выплат в течение срока страхования не может превышать установленную в Полисе страховую сумму.

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

2. Покрываемые заболевания.

2.1. Онкологическое заболевание. 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), подтвержденное гистологически, а также врачом-онкологом. При этом услуги по первичной постановке диагноза в объеме страхового покрытия не входят.

3. Период ожидания.

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

3.2. 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.

3.3. По случаям, произошедшим в течение периода ожидания Страховщик начнет организацию и оплату услуг, предусмотренных настоящей Программой, по истечении указанного в п.п. 3.2. периода.

4. Порядок получения медицинской помощи.

4.1. По настоящей Программе медицинские и иные услуги предоставляются в медицинских и иных учреждениях Израиля, Испании, Южной Кореи и Российской Федерации.

4.2. Застрахованный вправе выбрать страну, в которой будет проводиться лечение. Выбор медицинского учреждения, в котором будет осуществляться помощь, остается за Страховщиком.

4.3. Обслуживание Застрахованного может осуществляться с привлечением ассистанской компании.

Под «ассистанской компанией» понимается специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных настоящей Программой.

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

5. Действие сторон при наступлении страхового случая.

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

5.2. 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).

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

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

5.4.1. уведомление/заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового;

5.4.2. 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;

5.4.3. результаты проведенных анализов, включая результаты морфологического подтверждения (гистологическое или цитологическое исследование);

5.4.4. заключение врача-онколога по результатам морфологического подтверждения диагноза.

5.5. После получения полного пакета документов, указанных в п. 5.4 Программы, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

5.6. 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 Страховщик 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.

5.7. 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.

6. Объем предоставляемых услуг.

Все услуги предоставляются в соответствии с п. 7 настоящей Программы «Исключения из Программы».

6.1. Медицинские услуги, а именно:

6.1.1. пребывание в одно- или двухместных палатах, включая питание и медицинское обслуживание медицинским персоналом;

6.1.2. хирургическое (включая услуги анестезиолога, использование операционной и т.д.) и консервативное лечение, в том числе химио-, физио-, гормоно-, иммуно- и лучевая терапия;

6.1.3. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

6.1.4. послеоперационный индивидуальный медицинский пост по медицинским показаниям, не более 8 дней;

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

6.1.6. реконструктивная хирургия для восстановления или реконструкции структуры ткани или органа, удаленной или измененной при выполнении медицинских вмешательств, организованными и оплаченными в соответствии с условиями настоящей Программы на сумму не более эквивалента 15 000 (Пятнадцати тысяч) долларов США в год;

6.1.7. консультации врачами-специалистами;

6.1.8. лабораторные и инструментальные исследования;

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

6.1.10. медицинская транспортировка (скорая медицинская помощь) Застрахованного к поставщику медицинских услуг (в медицинское учреждение и/или между медицинскими учреждениями) по медицинским показаниям, за исключением сан. авиации;

6.1.11. сестринский уход на дому на сумму не более не более эквивалента 10 000 (десяти тысяч) долларов США;

6.1.12. лечение сопутствующих заболеваний на сумму не более эквивалента 10 000 (десяти тысяч) долларов США. 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.

6.2. Сервисные услуги, а именно:

6.2.1. сопровождение Застрахованного в месте лечения в течение периода лечения;

6.2.2. помощь в получении визы с целью прохождения лечения для застрахованного и одного сопровождающего, включая оплату визового/консульского сбора;

6.2.3. помощь в бронировании авиа-, ж/д билетов к месту лечения и обратно для застрахованного и одного сопровождающего;

6.2.4. организация и оплата немедицинской перевозки (трансферы) в стране лечения для застрахованного и одного сопровождающего от аэропорта до клиники или иного места размещения застрахованного на период лечения, от места размещения до клиники и обратно;

6.2.5. услуги устного и письменного перевода в выбранном медицинском учреждении на период лечения;

6.2.6. предоставление различной медицинской документации на языке-оригинале и с письменным нотариально заверенным переводом на русский язык.

6.3. Расходы на транспортировку, а именно:

6.3.1. Стоимость авиабилетов к месту лечения и обратно к месту постоянного проживания экономическим классом для застрахованного и одного сопровождающего.

6.4. Расходы на проживание, а именно:

6.4.1. Стоимость размещения на период лечения в гостинице категории не более 4-х звезд для застрахованного и одного сопровождающего, включая завтраки. При этом Страховщик оплачивает расходы на проживание в номере категории «Стандарт».

6.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.

6.6. Экспертиза временной нетрудоспособности.

6.7. В случаях, когда лечение не было завершено до окончания срока действия настоящего Договора (Полиса-оферты), организация и оплата медицинских и иных услуг производится Страховщиком в объеме согласованного в течение действия договора страхования протокола лечения, но не более 180 дней. При исполнении обязательств Страховщика перед Застрахованным в пределах объема согласованного в течение действия договора страхования протокола лечения организация и оплата медицинских услуг сверх предусмотренных протоколом лечения не производится.

Под «согласованным протоколом лечения» понимается этап лечения, рекомендованный врачом-специалистом, объем и стоимость которого были согласованы Страховщиком в течение действия договора страхования.

6.8. Страховая сумма, в пределах которой Страховщик организует и оплачивает услуги, покрываемые по настоящей Программе, составляет эквивалент 300 000 (Триста тысяч) долларов США.

7. Исключения из Программы.

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

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

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

7.1.3. получения 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;

7.1.4. 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;

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

7.1.6. получения Застрахованным услуг по реабилитации;

7.1.7. 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;

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

- дисплазией шейки матки CIN1, CIN2, CIN3 или опухолями, которые цитологически или гистологически диагностированы как предраковые;

- злокачественными новообразованиями кожи, за исключением меланомы;

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

7.1.9. получения паллиативной/симптоматической терапии;

7.1.10. 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;

7.1.11. получения экспериментального лечения.