

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АльфаСИНОПСИС РОССИЯ. РАСШИРЕННАЯ»

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 страхования заболеваний, предусмотренных пунктом 2 настоящей Программы, а также возникших в течение действия страхования заболеваний, требующих проведения предусмотренных п. 3. медицинских вмешательств. 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. Покрываемые медицинские вмешательства.

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

3.2. 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).

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

3.4. Трансплантация костного мозга.

4. Период ожидания.

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. По случаям, произошедшим в течение периода ожидания Страховщик начнет организацию и оплату услуг, предусмотренных настоящей Программой, по истечении указанного в п.п. 4.2. периода.

5. Порядок получения медицинской помощи.

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

По риску «Трансплантация костного мозга» медицинские и иные услуги предоставляются в медицинских и иных учреждениях по всему миру.

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

5.3. 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).

6. Действие сторон при наступлении страхового случая.

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

6.2. 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 и т.д.), после того, как ему стало известно о наступлении страхового случая (с даты установления Застрахованному диагноза заболевания, подлежащего лечению методами, указанными в Программе).

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

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

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

6.4.2. направление лечащего врача на плановое лечение;

6.4.3. 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);

6.4.4. результаты проведенных анализов, включая результаты морфологического подтверждения (гистологическое или цитологическое исследование) по онкологическому заболеванию;

6.4.5. заключение врача-онколога по результатам морфологического подтверждения онкологического диагноза.

6.5. При необходимости Страховщик имеет право запрашивать другие документы у Застрахованного (его законного представителя), а также сведения, связанные со страховым случаем, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхования страхового случая.

6.6. После получения полного пакета документов, указанных в п. 6.4. Программы, Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании/не признании случая страховым.

При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней письменно информирует об этом Страхователя (Застрахованного) с указанием перечня необходимых для дополнительного предоставления документов.

Срок рассмотрения предоставленных дополнительных документов составляет не более 5 (Пяти) рабочих дней со дня их предоставления.

6.7. 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 получении необходимых въездных документов и/или он будет задержан пограничными или иными службами при въезде в страну временного пребывания.

6.8. 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.

7. Объем предоставляемых услуг.

Все услуги предоставляются в соответствии с п. 8 настоящей Программы «Исключения из Программы».

7.1. Медицинские услуги, а именно:

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

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

7.1.3. пребывание в блоке интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;

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

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

7.1.6. 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 300 000 (Триста тысяч) российских рублей в год;

7.1.7. консультации врачами-специалистами;

7.1.8. лабораторные и инструментальные исследования;

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

7.1.10. 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;

7.1.11. сестринский уход на дому на сумму не более 100 000 (Сто тысяч) российских рублей;

7.1.12. лечение сопутствующих заболеваний на сумму не более 600 000 (Шестьсот тысяч) российских рублей. 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.

7.2. Сервисные услуги, а именно:

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

7.2.2. помощь в получении визы с целью прохождения лечения для застрахованного и одного сопровождающего, включая оплату визового/консульского сбора (при страховом случае по риску «Трансплантация костного мозга»);

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

7.2.4. 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;

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

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

7.3. Расходы на транспортировку, а именно:

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

7.4. Расходы на проживание, а именно:

7.4.1. 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».

7.5. Репатриация останков к месту постоянного проживания Застрахованного.

7.6. Экспертиза временной нетрудоспособности.

7.7. 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.

7.8. Страховая сумма по риску «Трансплантация костного мозга» составляет эквивалент 500 000 (Пятьсот тысяч) долларов США.

7.9. Страховая сумма по остальным рискам, в пределах которой Страховщик организует и оплачивает услуги, покрываемые по настоящей Программе, составляет 6 000 000 (Шесть миллионов) российских рублей.

8. Исключения из Программы.

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

8.1.1. 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;

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

8.1.3. 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;

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

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

8.1.6. 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;

8.1.7. 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;

8.1.8. 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;

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

- 8.1.10.** получения Застрахованным услуг по реабилитации;
- 8.1.11.** 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;
- 8.1.12.** 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);
- 8.1.13.** занятий Застрахованным экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья;
- 8.1.14.** несоблюдения Застрахованным предписаний врача, документально зафиксированных в медицинской документации;
- 8.1.15.** получения паллиативной/симптоматической терапии;
- 8.1.16.** 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;
- 8.1.17.** получения экспериментального лечения.