Приложение № 1 к приказу
от 18.12.2020 № 201218-05-од

УТВЕРЖДАЮ
Директор департамента
по стратегическому развитию

_____ А.О. Рытвинская
18 декабря 2020 г.

Приложение № 1 к Договору страхования
(Полису) «Медицина без границ»

Полисные условия «Медицина без границ»

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

На основании настоящих Полисных условий ***«Медицина без границ»*** (далее – «Полисные условия», «Условия страхования»), разработанных в соответствии с Комплексными правилами страхования МБГ, Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Ренессанс Жизнь» (далее – «Страховщик») заключает Договоры страхования «Медицина без границ» (далее – Договоры страхования).

1.1. **Аннулирование Договора страхования** – отказ Страхователя от Договора страхования в соответствии с п.7.9 настоящих Полисных условий с возвратом оплаченной страховой премии в полном объеме Страхователю.

1.2. **Альтернативная медицина** – система, практика и продукты медицины и здравоохранения, которые в настоящее время не признаются как часть общепринятой медицины или стандартных схем лечения. К ним относятся акупунктура, методы биоэлектромагнитного воздействия, диеты, пищевые добавки, фитотерапия и методики здорового образа жизни, методы управления телом и эмоциями, методы лечения с использованием рук (мануальная терапия, остеопатия, постизометрическая релаксация, различные виды массажа), ароматерапия, фитотерапия, гомеопатия, натуропатия, биологические и фармакологические средства, мезотерапия, психопунктура, астрология, биоритмология, терапия прошлых жизней, терапия сновидениями, фэн-шуй.

1.3. **Болезнь (заболевание)** — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями, не вызванное несчастным случаем, диагностированное квалифицированным врачом на основании объективных симптомов, впервые возникших в период срока страхования или заявленное Страхователем (Застрахованным) в заявлении (декларации) при заключении Договора.

1.4. **Врач** (**Врач-эксперт)** — специалист с законченным высшим медицинским образованием, не являющийся родственником, подчиненным, работником или лицом, каким-либо образом зависящим от Застрахованного лица (Страхователя / Выгодоприобретателя), и имеющий право в установленном порядке осуществлять медицинскую деятельность (лечение или консультации).

1.5. **Диагностирование** – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, указанных в п.п.3.1.1.1-3.1.1.4. настоящих Условий, или расстройства, а также мнение, полученное через данный процесс, осуществляемый посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, проведенных квалифицированными врачами медицинского учреждения, в которое Застрахованное лицо впервые

обратилось в течение срока страхования, и квалифицированными врачами Сервисной компании/Страховщика.

1.6. **Договор страхования (Полис)** — документ, удостоверяющий факт заключения Договора страхования, в котором определены условия страхования с конкретным Страхователем. Договор страхования также включает в себя настоящие Условия страхования.

1.7. **Застрахованное лицо** — физическое лицо, названное в Договоре страхования, чьи имущественные интересы являются объектом страхования (далее – Застрахованный).

1.8. **Иные услуги** – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: транспортировка, визовая поддержка, сервисные услуги (проживание, питание и услуги по медицинскому уходу, предоставленные Застрахованному во время пребывания в лечебном учреждении, и одному сопровождающему лицу (а также донору, в случае трансплантации), оплата услуг переводчика и телефонной связи, связанные с медицинской необходимостью, репатриация Застрахованного (или донора в случае его смерти, непосредственно связанной с трансплантацией), проживание в гостинице (отеле) Застрахованного, одного сопровождающего лица, а также донора в случае трансплантации, необходимые по медицинским показаниям); оформление Сервисной компанией/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, различной медицинской документации.

1.9. **Лекарственные препараты**: любое вещество или комбинация веществ, которые могут использоваться или применяться в отношении Застрахованного с целью восстановления, коррекции или изменения физиологических функций, оказывая фармакологическое, иммунологическое или метаболическое действие, либо для проведения медицинской диагностики, которые можно получить только по рецепту врача у лицензированного фармацевта.

Рецепты, выписанные на фирменные препараты, действительны и для аналогов фирменного препарата с такими же активными ингредиентами, действием и лекарственной формой, как у фирменного препарата.

1.10. **Личный кабинет —** информационный ресурс, который размещен на официальном сайте Страховщика, позволяющий Страхователю взаимодействовать со Страховщиком.

1.11. **Лечебное (медицинское) учреждение** — медицинское учреждение, рекомендованное Сервисной компанией/Страховщиком (за исключением территории Соединенных Штатов Америки).

1.12. **Лимит страховой суммы за весь срок действия Договора страхования** - размер страховой суммы, который составляет максимально возможный размер страховой выплаты за весь срок действия Договора страхования, включая все очередные сроки страхования или сроки пролонгации Договора страхования.

1.13. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованного в поддержании и восстановлении здоровья.

1.14. **Медицинская экспертиза** - проводимое в установленном порядке исследование с целью установить состояние здоровья человека, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

1.15. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику заболеваний и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

1.16. **Необходимыми с медицинской точки зрения** являются следующие медицинские услуги:

- необходимые для удовлетворения основных потребностей Застрахованного в медицинской помощи;
- представленные медицинские услуги являются наиболее подходящими с медицинской точки зрения и оказаны в наиболее общепринятом виде, с учетом как стоимости, так и качества услуг, и,
- по типу, частоте и продолжительности лечения соответствующие научно обоснованным рекомендациям медицинских и исследовательских организаций, организаций или государственных органов медицинского страхования, согласованных Страховой компанией, и,

- соответствующие диагнозу состояния либо заболевания и;
- требуемые по причинам иным, нежели удобство Застрахованного или его/ее врача, и;
- в отношении которых в прошедшей экспертную оценку и широко признанной медицинской литературе продемонстрировано следующее:
- безопасность и эффективность в лечении и диагностике состояний или заболеваний, для которых предлагается их применение либо;
- безопасность в виде перспективы эффективности при лечении состояний, опасных для жизни либо заболеваний при клинически контролируемой научной программе.

1.17. **Официальный сайт** – www.renlife.ru

1.18. **Период ожидания –** период времени, начиная с 00:00 часов дня 1-го дня срока страхования, в течение которого любое заболевание – диагностированное либо первые симптомы которого были зафиксированы в медицинских документах в течение данного периода – не будет являться основанием для признания случая страховым. Данный период ожидания не применяется в отношении беспрерывного продления Договора страхования. Продолжительность периода ожидания указывается в Договоре страхования.

1.19. **Предшествовавшее состояние** — любое нарушение здоровья, травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство и т.п., диагностированное или проявившееся связанными задокументированными в медицинских материалах симптомами в течение 10 (десяти) лет до даты заключения Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.20. **Предварительное медицинское свидетельство** - документ, выданный Сервисной компанией/Страховщиком, включающий в себя подтверждение страхового покрытия по Договору страхования до начала оказания медицинских и иных услуг в определенном лечебном учреждении за пределами страны проживания Застрахованного.

1.21. **Проживание Застрахованного** — пребывание Застрахованного в гостинице (отеле) на промежуток времени, необходимый для поступления в лечебное учреждение, амбулаторного лечения и/или после выписки из лечебного учреждения.

1.22. **Проживание сопровождающего лица** — пребывание сопровождающего лица в гостинице (отеле) на промежуток времени, необходимый для лечения Застрахованного в лечебном учреждении и/или после выписки из лечебного учреждения.

1.23. **Пролонгированный Договор страхования –** Договор страхования, срок действия которого был продлен (без перерыва) путем выдачи нового Полиса в соответствии с п. 7.4 настоящих Условий страхования.

1.24. **Протез** – устройство, полностью или частично заменяющее собой орган либо функцию не действующей либо действующей с нарушениями части тела.

1.25. **Сервисная компания** – компания, оказывающая медицинские и иные услуги либо организующая оказание медицинских услуг, а также организующая лечение, с которой у Страховщика заключен сервисный Договор. Страховщиком могут быть заключены сервисные Договоры с различными Сервисными компаниями.

1.26. **Событие медицинского характера** - проведение Застрахованному любых обследований, лабораторных исследований крови и всех иных биологических жидкостей организма человека, инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ, ЭХО КГ, велоэргометрия, реоэнцефалография, любые рентгеновские исследования, изотопные методы исследования, и любые иные методы диагностики), физикальных методов исследования – пальпация, перкуссия, аускультация и т.д., наличие у врачей лечебных учреждений любых подозрений на заболевание/заболевания у Застрахованного, выявленные заболевания, обращение Застрахованного в лечебное учреждение в связи с любыми жалобами на состояние здоровья, самочувствие, ранения и т.д., получение Застрахованным любого лечения, проведенные операции, госпитализации, несчастные случаи, направления на хирургические операции, направления на любые обследования, и иное.

1.27. **Сопровождающее лицо** — лицо, сопровождающее Застрахованного до места лечения и обратно. Присутствие сопровождающего лица должно быть предписано Сервисной компанией/Страховщиком и/или согласовано Сервисной компаний/Страховщиком.

1.28. **Срок страхования** — период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты (за исключением периода ожидания, являющегося частью срока страхования). Срок страхования указывается в Договоре страхования

1.29. **Страхователь** — дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.30. Физические лица могут заключать Договор в отношении себя или третьего лица, определенного в Договоре страхования (далее – Застрахованный).

1.31. **Страховая премия** — плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.32. **Страховой риск** — предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого заключается Договор страхования.

1.33. **Страховая сумма** – определенная сторонами в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой определяются размеры страховой премии и в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату. При этом, страховая сумма по Договору страхования уменьшается на сумму ранее осуществленных страховых выплат.

1.34. Договором страхования могут быть установлены лимиты на стоимость оказания определенных услуг в пределах страховой суммы.

1.35. **Страховой случай** — свершившееся в период срока страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.36. **Страховые взносы** – периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем.

1.37. **Транспортировка** – перемещение Застрахованного и одного сопровождающего лица (а также живого донора в случае трансплантации) в связи с проведением лечения, рекомендованным Сервисной компанией/Страховщиком, транспортом от места постоянного проживания (на территории Российской Федерации) до медицинских учреждений, находящихся вне территории США, и обратно из лечебного учреждения до места постоянного места проживания (на территории Российской Федерации).

1.38. **Услуги по репатриации** – услуги, связанные с транспортировкой останков Застрахованного (либо донора) к месту, где ранее постоянно проживал Застрахованный (либо донор) в связи со смертью Застрахованного, произошедшей в процессе проведения лечения по одному из указанных в п.3.1.1. настоящих Условий страхования заболеваний и/или хирургического вмешательства либо в связи со смертью донора, произошедшей непосредственно в связи с забором органа или ткани.

1.39. **Экспериментальное лечение** – лечение, процедура, курс лечения, аппаратура, лекарственные препараты или фармацевтический продукт, предназначенные для терапевтического или хирургического применения, которые не являются общепринятыми в качестве безопасных, эффективных и подходящих для лечения тех или иных заболеваний или травм научными организациями, признанными международным медицинским сообществом, либо проходящие стадию исследования, тестирования, либо находящиеся на любом этапе клинических испытаний.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами страхования являются:

- имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг (медицинское страхование).
- имущественные интересы, связанные с наступлением определенных событий в жизни граждан (страхование жизни).

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

Страховыми случаями в соответствии с настоящими Условиями страхования являются:

3.1.1. Документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования после истечения периода ожидания в Сервисную компанию/к Страховщику с последующей организацией лечения в лечебном учреждении, находящемся вне территории США, в связи с диагностированием смертельно опасного заболевания и/или назначением проведения хирургического вмешательства, которые были впервые диагностированы и/или назначены в течение срока страхования после истечения периода ожидания при соблюдении следующих условий:

– Застрахованное лицо обратилось в течение срока страхования за медицинской помощью по впервые возникшему в течение срока страхования после истечения периода ожидания и диагностированному одному из смертельно опасных заболеваний и/или за проведением одного из хирургических вмешательств, в соответствии с п.п. 3.1.1.1-3.1.1.4 настоящих Условий страхования (за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 настоящих Условий страхования);

– лечение/хирургическое вмешательство необходимо по медицинским показаниям и подтверждено и организовано Сервисной компанией/Страховщиком в течение срока страхования;

– соответствующее заболевание и/или необходимость проведения хирургического вмешательства (указанные в п.п.3.1.1.1-3.1.1.4 Условий страхования) не было диагностировано/назначено, и связанные с ним задокументированные в медицинских материалах симптомы не наблюдались в течение 10 лет до даты заключения Договора страхования и/или в течение периода ожидания.

– Заболевание должно быть диагностировано в течение срока страхования, а в случае необходимости проведения лабораторного и (или) инструментального, и (или) патолого-анатомического, и (или) иного исследования Застрахованного лица и (или) его биологических материалов, такое исследование должно быть проведено в течение срока страхования, а результат получен в течение либо после истечения срока страхования.

Перечень смертельно опасных болезней и хирургических вмешательств является исчерпывающим и включает в себя:

Лечение следующих заболеваний:

3.1.1.1. Злокачественные опухоли (рак) — результат перерождения клеток, характеризующийся утратой нормальной регуляции роста, что проявляется бесконтрольным размножением, отсутствием дифференцировки, способностью к инвазии тканей и метастазированию.

К таким заболеваниям относятся заболевания, отвечающие вышеуказанным характеристикам, возникшие в течение срока страхования, включая:

– лейкемию;

– лимфомы (за исключением кожной лимфомы);

– саркомы.

Диагноз должен быть подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования.

К таким заболеваниям не относятся следующие патологические состояния/диагнозы:

– опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1, 2, 3 стадии) или гистологически описанные как предраки;

– меланома, максимальная толщина которой, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1,5 мм или которая не превышает уровень развития $T_3N_0M_0$ по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;

– все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи;

– все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;

– саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД;

– рак предстательной железы стадии T_1 (включая $T_{1а}$, $T_{1б}$) по классификации TNM.

3.1.1.2. Аортокоронарное шунтирование — оперативное вмешательство на сердце для устранения стеноза или окклюзии одной или более коронарных артерий, путем создания шунта между аортой и коронарными артериями. Необходимым условием для проведения оперативного вмешательства должно являться наличие проведенной коронарной ангиографии.

К данному лечению не относятся:

– баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий;

– другие хирургические и нехирургические виды лечения.

3.1.1.3. Пересадка или восстановление сердечного клапана — оперативное вмешательство на сердце для пересадки, протезирования или восстановления одного или более сердечных клапанов.

3.1.1.4. Трансплантация жизненно важных органов — хирургическая трансплантация, при которой Застрахованному пересаживают почку, сегмент печени, долю легкого, часть поджелудочной железы или костный мозг (аутологичный или аллогенный) от живого совместимого донора.

К данному лечению не относятся:

– любая трансплантация, когда потребность в ней возникает вследствие алкогольной болезни печени;

– любая трансплантация, являющаяся аутологической, за исключением трансплантации костного мозга;

– любая трансплантация, когда Застрахованный является донором по отношению к третьему лицу;

– любая трансплантация органов или тканей от мертвого донора;

- любая трансплантация, включающая в себе лечение стволовыми клетками;

– трансплантация, осуществляемая путем покупки донорских органов.

3.2. Программа страхования жизни «Освобождение от уплаты страховой премии / страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства».

Данная программа предоставляет освобождение от обязанности по уплате страховой премии/ очередных неоплаченных страховых взносов по Договору страхования в случае наступления следующего события, за исключением событий, предусмотренных Разделом 4 настоящих Условий страхования:

- диагностирование смертельно опасного заболевания и/или назначение проведения хирургического вмешательства, в соответствии с п.п.3.1.1.1-3.1.1.4 настоящих Условий страхования, подтвержденное Сервисной компанией/Страховщиком, и после получения Застрахованным Предварительного медицинского свидетельства.

Освобождение от оплаты страховой премии / страхового взносов предоставляется при отсутствии задолженности по оплате страховой премии / страховых взносов за предыдущие периоды. Если указанные события произошли до даты оплаты страховой премии, то в случае признания наступившего события страховым случаем освобождение от уплаты страховой премии /очередных страховых взносов предоставляется только при исполнении обязанности Страхователя/Застрахованного по оплате страховой премии.

Период, на который Страхователь/Застрахованный освобождается от уплаты страховой премии / очередных страховых взносов, составляет:

- с даты оплаты страховой премии / очередного неоплаченного страхового взноса, следующей за датой получения Застрахованным Предварительного медицинского свидетельства на срок следующих неоплаченных 12 месяцев.

Указанный период прекращается до истечения 12 месяцев в случае, если Страховщиком осуществлена оплата стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) в размере лимита страховой суммы за весь срок действия Договора страхования, включая все очередные сроки страхования или его пролонгации.

Под датой диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства подразумевается дата первичного установления диагноза смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства квалифицированным врачом-экспертом, впоследствии подтвержденное Сервисной компанией/Страховщиком.

3.3. События, указанные в п.3.1 – 3.2. настоящих Полисных условий, являются страховыми рисками, на случай наступления которых может быть заключен Договор страхования. Перечень страховых рисков/программ, в отношении которых заключается Договор страхования, указывается в Договоре страхования.
3.4. События, указанные в п. 3.1. – 3.2. настоящих Полисных условий, произошедшие в период срока страхования, признаются страховыми случаями, если они наступили не позднее даты окончания срока страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. На страхование принимаются лица в возрасте от 0+ месяцев до 70 (семидесяти) полных лет на дату заключения Договора страхования и до 85 (восьмидесяти пяти) полных лет на момент окончания действия Договора страхования при условии продления Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования;
за исключением лиц, указанных ниже:
4.1.1. лица, которые в настоящее время или в течение последних 10 лет проходят/проходили стационарное, амбулаторное или восстановительное лечение, либо Застрахованному лицу не устанавливался по результатам обследования диагноз, либо находится/находился под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:
4.1.1.1. рак или злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;
4.1.1.2. лейкемия (лейкоз) или любое заболевание крови, требующее лечения сроком не менее одного месяца (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.);
4.1.1.3. рак in situ (неинвазивный рак, без прорастания) или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь предраковыми изменениями в области молочных желез / женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;
4.1.1.4. любые формы заболеваний сердца (например, сердечный приступ, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, кардиосклероз, кардиомиопатия, нарушения клапанов сердца, стеноз/порок, шумы в сердце или ревматизм; (не включая лечение только в связи с высоким кровяным давлением и/или высоким уровнем холестерина);
4.1.1.5. любые формы инсульта;
4.1.1.6. любая форма диабета;
4.1.1.7. любой вид опухоли или кисты мозга, черепа или спинного мозга.
Если страхуемое лицо проходит обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из указанных в п.4.1.1. настоящих Условий страхования заболеваний или состояний, либо ожидает результатов диагностики, потенциальному Застрахованному следует дождаться получения результатов, чтобы корректно подтвердить Декларацию, являющуюся частью Договора страхования.
4.2. При страховании на случай наступления событий, вызванных болезнями, Страховщик вправе требовать признания Договора страхования недействительным, в том числе по отдельным программам страхования, если впоследствии будет установлено, что на дату заключения Договора страхования лицо имело заболевания, симптомы или отклонения от нормы, указанные в Декларации Страхователя/Застрахованного, являющейся частью Договора страхования.
4.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, подпадающее под одну из вышеперечисленных категорий, т.е. при заключении Договора страхования Страхователь не сообщил Страховщику обстоятельства, перечисленные в п.п. 4.1.1 и 4.2 настоящих Условий страхования, и эти обстоятельства были выявлены после вступления Договора страхования в силу, то Страховщик вправе требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события,

произошедшие с вышеуказанными лицами, и, соответственно, Страховщик не будет производить страховые выплаты по указанным событиям.

4.4. Не являются страховыми случаями события, произошедшие:

4.4.1. в результате предшествовавших состояний или их последствий в течение 10 лет до даты заключения Договора страхования;

4.4.2. в результате болезни Застрахованного, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфицированием, СПИДОМ, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями, заболеваниями, передающимися преимущественно половым путем;

4.4.3. в результате любых повреждений здоровья Застрахованного, вызванных в связи с прямыми или косвенными последствиями радиационным облучением или наступивших в результате воздействия ядерной энергии;

4.4.4. в результате любых повреждений здоровья Застрахованного, вызванных в связи с официально объявленными эпидемиями;

4.4.5. в результате умышленных действий Застрахованного, Страхователя, а также лиц, действующих по их поручению, направленных на наступление страхового случая;

4.4.6. в ходе совершения (попытки совершения) Застрахованным (Страхователем) уголовного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи с событием, обладающим признаками страхового случая;

4.4.7. во время нахождения Застрахованного (Страхователя) в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;

4.4.8. в результате экзогенной интоксикации, отравления любыми спиртами, спиртосодержащими жидкостями, алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, синдром зависимости от алкоголя, алкогольная кардиомиопатия, алкогольные поражения печени, алкогольные поражения почек, алкогольные поражения поджелудочной железы, алкогольная энцефалопатия и все иные заболевания, возникающие при употреблении (однократном и/или постоянном/длительном употреблении) алкоголя и его суррогатов;

4.4.9. в результате патологических состояний, обусловленных употреблением наркотических препаратов/психотропных препаратов и их прекурсоров (наркотические средства - вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года);

4.4.10. во время непосредственного участия Застрахованного (Страхователя) в гражданских волнениях, беспорядках, террористических актах, мятежах, войне или военных действиях, а также во время прохождения Застрахованным военной службы, участия в военных сборах или учениях, маневрах, испытаниях военной техники или иных подобных операциях в качестве военнослужащего, либо гражданского служащего;

4.4.11. в результате любых повреждений Застрахованного, полученных в результате сейсмических движений, наводнений, извержений вулкана и другими катастрофическими явлениями;

4.4.12. в результате попытки совершения Застрахованным суицида или умышленного причинения Застрахованным вреда жизни и здоровья самому себе, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до этого противоправными действиями третьих лиц;

4.4.13. в результате последствий самолечения или оказания Застрахованным самому себе медицинской помощи без надзора или без рекомендации врача-эксперта;

4.4.14. в ходе оказания экспериментального лечения, а также диагностических, терапевтических и/или хирургических процедур, безопасность и надежность которых не имеет надлежащего научного подтверждения; последствия применения альтернативной медицины;

4.4.15. любое заболевание, вызванное трансплантацией органа, за исключением случаев, когда рассматриваемое заболевание определено в качестве покрытого страхованием заболевания или медицинской процедуры, указанной в п.3.1.1 настоящих Условий страхования;

4.4.16. любые медицинские манипуляции и обращения Застрахованного в лечебное учреждение, полученные/осуществленные Застрахованным до выдачи Предварительного медицинского свидетельства, выданного Сервисной компанией/Страховщиком;

4.4.17. если Застрахованный проживал за пределами Российской Федерации на протяжении более, чем 91 (девяносто один) дней подряд в течение 12 (двенадцати) месяцев до уведомления о событии, обладающим признаками страхового случая;

4.4.18. любые медицинские и иные услуги, полученные в связи с содержанием и медицинским уходом на дому либо оплатой за услуги, оказываемые в восстановительном центре или учреждении, хосписе или доме для престарелых, даже если такие услуги требуются в результате проведения медицинской процедуры и рекомендованы врачом;

4.4.19. по Договорам страхования, по которым после их заключения будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Договоре страхования Страховщика обстоятельствах, и если по результатам оценки страхового риска указанные сведения привели к заключению Договора страхования на условиях, отличных от тех, на которых он был бы заключен в случае указания верных сведений.

4.4.20. Если заболевание было диагностировано/хирургическое вмешательство было назначено или связанные с ним симптомы проявились и были зафиксированы в медицинских документах в период ожидания.

4.4.21. с лицами, указанными в п. 4.1.1 настоящих Полисных условий.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Страховой суммой является определенная в Договоре страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливается размер страховой премии и максимальные размеры страховых выплат при наступлении страхового случая.

Договором страхования могут быть установлены лимиты на оплату организации определенных услуг в пределах страховой суммы.

5.2. Размер страховой суммы или порядок ее определения указывается в Договоре страхования.

5.3. Страховой суммой по программе «Освобождение от уплаты страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства» является сумма страховой премии/очередных страховых взносов по Договору страхования, даты оплаты которых приходятся на период, установленный в соответствии с п. 3.2 настоящих Условий страхования.

5.4. Страховые суммы и премии устанавливаются в российских рублях.

5.5. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования.

Страховая премия рассчитывается Страховщиком исходя из страховой суммы в соответствии с утвержденными тарифами Страховщика, определяющими величину страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования, характера страхового риска, состояния здоровья Застрахованного.

Размер страхового тарифа зависит от степени страхового риска (величины вероятности наступления страхового случая). Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные повышающие коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска – профессии Застрахованного, рода деятельности, возраста и пола, состояния здоровья, территории проживания, формы оплаты страховой премии, размера франшизы и других факторов. Страховщик также вправе в одностороннем порядке по результатам оценки степени страхового риска на

этапе заключения Договора вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев) и ограничения (например, по размеру страховых сумм и т.д.).
5.6. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок действия Договора страхования или в рассрочку путем уплаты страховых взносов. Порядок уплаты страховой премии / страховых взносов определяется в Договоре страхования.
5.7. Датой оплаты страховой премии (Страхового взноса) является:
- при наличных расчетах – дата, указанная на документе, подтверждающем оплату и выданном в момент ее совершения;
- при безналичных расчетах – дата списания со счета Страхователя страховой премии в полном объеме.
5.8. Если срок для оплаты страховой премии, предусмотренный Договором страхования, превышает период ожидания, то при наступлении события, указанного в п. 3.1.1 настоящих Условий, страховая премия должна быть оплачена Страхователем в течение 5 рабочих дней в полном объеме.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования может оформляться в письменной форме в виде единого документа, подписанного сторонами, либо Полиса страхования, подписанного Страховщиком.
Договор страхования заключается одним из следующих способов на усмотрение Страховщика:
6.1.1. Вариант 1. Договор страхования заключается путем вручения Страховщиком Страхователю на основании устного или письменного Заявления на страхование страхового Полиса, подписанного Страховщиком, либо в форме одного документа (Договора страхования), подписанного Страховщиком и Страхователем.
Заявление на страхование может быть подписано простой электронной подписью. Вручение Страховщиком страхового Полиса Страхователю может осуществляться:
- Страхователю лично;
- путем направления электронного образа страхового Полиса на электронный адрес Страхователя, указанный в Заявлении на страхование.
Подтверждением принятия страхового Полиса является оплата Страхователем страховой премии (первого страхового взноса).
6.1.2. Вариант 2. Потенциальный Страхователь:
- знакомится на интернет-портале представителя Страховщика с Полисными условиями по настоящей программе;
- в случае согласия с Полисными условиями проставляет отметку (отметки) о согласии на интернет-портале представителя Страховщика;
- указывает в закрытой части интернет-портала представителя Страховщика сведения, необходимые для заключения Договора страхования, указанные в п. 6.2. настоящих Полисных условий;
- знакомится с условиями страхования, содержащимися в Полисе страхования;
- дает представителю Страховщика поручение на оплату страховой премии по Полису страхования.
Подписанный Страховщиком Полис страхования и Полисные условия вручаются Страхователю путем размещения в закрытой части интернет-портала представителя Страховщика либо направляются на указанный им адрес электронной почты. Акцептом Полиса страхования в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем страховой премии единовременно на расчетный счет Страховщика, в срок, указанный в Полисе страхования. При неуплате (неполной уплате) страховой премии в указанный в Полисе страхования срок, условия оферты, изложенные в Полисе, становятся недействительными.
6.1.3. Вариант 3. Потенциальный Страхователь:
- устно изъявляет представителю Страховщика о намерении заключить Договор страхования;
- получает СМС-сообщение от представителя Страховщика, содержащее СМС-код для подтверждения ознакомления и согласия с условиями страхования и ссылку на интернет-портал представителя Страховщика;

- подтверждает ознакомление и согласие с Полисными условиями, Полисом страхования путем отправки СМС-кода в закрытой части интернет-портала представителя Страховщика;
- дает представителю Страховщика поручение на оплату страховой премии по Договору страхования.

Подписанный Страховщиком Полис страхования и Полисные условия вручаются Страхователю путем размещения в закрытой части интернет-портала представителя Страховщика либо направляются на указанный им адрес электронной почты. Акцептом Полиса в соответствии со ст. 438 ГК РФ является уплата Страхователем страховой премии единовременно на расчетный счет Страховщика, указанный в Полисе страхования. При неуплате (неполной уплате) страховой премии в указанный в Полисе страхования срок, условия оферты, изложенные в Полисе, становятся недействительными.

6.2. Договор страхования также может быть заключен иными способами, не противоречащими законодательству РФ.

6.3. Для заключения Договора страхования и оценки страхового риска Страхователь обязан предоставить Страховщику следующие сведения:

6.3.1. В случае, если Страхователь – физическое лицо обязан предоставить Страховщику следующие сведения о себе и о страхуемом лице:

- ФИО,
- дата и место рождения,
- пол,
- гражданство
- наименование документа, удостоверяющего личность,
- серия и номер документа, удостоверяющего личность,
- кем и когда выдан, а также код подразделения, выдавшего документ, удостоверяющего личность,
- адрес регистрации и/или адрес фактического проживания,
- номер контактного (мобильного) телефона,
- адрес электронной почты (при наличии),
- копии паспорта (Страхователя и Застрахованного), либо копии удостоверения личности, заменяющего паспорт.

6.3.2. В случае, если Страхователь - юридическое лицо:

- наименование юридического лица;
- организационно-правовая форма;
- адрес фактический/почтовый;
- адрес регистрации;
- место государственной регистрации (местонахождение);
- ИНН;
- ОГРН;
- E-mail;
- телефон;
- сведения о бенефициарных владельцах;
- сведения о представителе юридического лица, включая копию документа, удостоверяющего его личность;
- сведения о единоличном исполнительном органе Страхователя-юридического лица, включая копию документа, удостоверяющего его личность;
- банковские реквизиты.

О страхуемом лице Страхователь – юридическое лицо предоставляет сведения и документы, указанные в п. 6.3. настоящих Полисных условий. Застрахованный вправе предоставить о себе сведения и документы самостоятельно.6.4. При заключении Договора Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков (оценки страхового риска). Сообщение Страхователем обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, производится путем указания Страхователем сведений в Договоре страхования и подписания Договора страхования, в том числе Декларации Страхователя / Застрахованного (далее «Декларация»),

которая является ручательством Страхователя / Застрахованного за достоверность сведений, изложенных в Декларации. В случае заключения Договора страхования путем вручения Страхователю Полиса подтверждение Страхователем положений Декларации осуществляется путем оплаты страховой премии.
6.5. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в Декларации, являющейся частью Договора страхования, обстоятельствах, Страховщик вправе требовать признания такого Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Не являются страховыми случаями события, явившиеся следствием обстоятельств, о которых Страхователь сообщил заведомо ложные сведения при заключении Договора страхования, соответственно, у Страховщика не возникает обязанности произвести страховую выплату по такому Договору.
6.6.Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в случае, если страхуемое лицо на дату заявления страдало заболеванием, угрожающим его жизни и здоровью.
6.7. Подписание Страховщиком Договора страхования, а также приложений и дополнительных соглашений к нему производится путем воспроизведения факсимиле подписи Страховщика механическим или иным способом с использованием клише. Факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования на Договоре страхования, а также всех приложениях и дополнительных соглашениях к нему будет иметь такую же силу, что и собственноручная подпись уполномоченного лица Страховщика.
6.8. В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает дубликат. После передачи дубликата Страхователю утерянный экземпляр Договора считается недействительным и страховые выплаты по нему не производятся. При повторной утрате Договора страхования Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления Договора страхования.
6.9. В случаях, если согласно информации, размещаемой Страховщиком в Личном кабинете, допускается создание и предоставление Страхователем документов для изменения, досрочного прекращения, отказа от Договора страхования и/или иных документов в электронном виде, Страхователь может представить Страховщику соответствующие заявления и документы (за исключением заявления на страховую выплату с приложением необходимых документов для получения страховой выплаты) в электронном виде с использованием Личного кабинета и соблюдением порядка и способа создания и предоставления таких документов, указанного в Личном кабинете.
В этом случае документы, подписанные простой электронной подписью Страхователя-физического лица, признаются равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя-физического лица.
Подписание дополнительных соглашений и/или иных документов в электронном виде Страховщиком осуществляется усиленной квалифицированной подписью Страховщика с направлением их Страхователю в его Личный кабинет или на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.
6.10. Корреспонденция в связи с Договором страхования направляется по адресам, которые указаны в Договоре страхования либо в виде электронных документов. В последнем случае, создание и отправка Страхователем Страховщику информации в электронной форме осуществляется с использованием личного кабинета Страхователя, а создание и отправка Страховщиком Страхователю информации в электронной форме осуществляется на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем при заключении Договора страхования.
В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться полученной на дату ее поступления по прежнему адресу.

6.11. Страховщик использует следующие способы взаимодействия для предоставления информации Страхователю: смс-уведомления, электронные сообщения, мобильное приложение, электронную почту, почтовую, телеграфную, телефонную связь, курьерскую службу, Личный кабинет.
6.12. Информация о текущем состоянии Договора страхования предоставляется Страхователю в Личном кабинете.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СИЛУ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия Договора страхования и срок страхования указывается в Договоре страхования.
7.2. Договор страхования вступает в силу с 00:00 часов дня, следующего за датой уплаты Страхователем в полном объеме страховой премии/первого страхового взноса Страховщику.
В случае неуплаты Страхователем страховой премии/первого страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты страховой премии / первого страхового взноса в меньшем, чем предусмотрено Договором размере, Договор страхования считается не вступившим в силу / незаключенным.
7.3. Договор страхования может быть продлен на 1 (один) год по согласованию Страховщика со Страхователем, в соответствии с настоящими Условиями страхования.
7.4. Продление срока действия Договора страхования осуществляется путем выдачи (направления) Страховщиком Страхователю нового Полиса на 1 (один) год на условиях, действующих на момент заключения первоначального Договора страхования или на новых условиях.
Страховщик оставляет за собой право при продлении срока действия Договора страхования изменить размер страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования в целом или по отдельной программе страхования в случае изменения страховых тарифов Страховщика.
Новый Полис выдается (направляется) Страховщиком Страхователю за 20 (двадцать) календарных дней до даты окончания срока действия договора страхования путем направления заказного письма Почтой России и/или размещения в Личном кабинете.
Согласием Страхователя с продлением Договора страхования на прежних или новых условиях является оплата страховой премии/первого страхового взноса в размере, указанном в направленном Страховщиком Полисе.
В случае неоплаты страховой премии/первого страхового взноса по новому Полису до окончания срока действия текущего Договора страхования либо оплаты в меньшем, чем предусмотрено Полисом, размере, Договор считается непродленным, и сервисные услуги по Договору страхования Застрахованному лицу не оказываются.
В случае предоставления освобождения от обязанности по уплате очередных неоплаченных страховых взносов/страховой премии по Договору в соответствии с п.3.2. Условий страхования, согласием Страхователя с продлением Договора страхования на прежних или новых условиях является принятие Страхователем Полиса страхования.
7.5. В случае, если при продлении Договора страхования условия Программы страхования, на которых заключается Договор страхования, изменяются, то указанные изменения подлежат размещению в Личном кабинете Страхователя и являются обязательными для сторон с момента их размещения в Личном кабинете
7.6. Страховщик вправе отказать в продлении Договора страхования путем уведомления об этом Страхователя за 30 рабочих дней до окончания срока действия Договора страхования.
7.7. Договор страхования не продлевается после даты достижения Застрахованным возраста 84 (восьмидесяти четырех) полных лет.
7.8. Если Страхователь не оплатил очередной (не первый) страховой взнос в установленный Договором срок либо оплатил его в размере, меньшем требуемого для оплаты программ/рисков, указанных в п. 3.1 настоящих Полисных условий, Договор страхования прекращает свое действие. Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ, стороны договорились, что отдельное соглашение о расторжении Договора страхования в данном случае сторонами не составляется, при этом письменных уведомлений Страхователю о прекращении действия Договора страхования не направляется. После прекращения действия Договора страхования, в

случае оплаты Страхователем просроченного очередного (не первого) страхового взноса в размере, указанном в Договоре страхования, в течение 30-ти календарных дней с даты, в которую он должен был быть оплачен (льготный период), Страховщик имеет право восстановить действие Договора страхования.

7.9. По заключенному Договору страхования Страхователю предоставлено 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, в течение которых, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возможно отказаться от Договора страхования (аннулировать Договор) на основании письменного заявления, подписанного Страхователем собственноручно. Указанное заявление должно быть направлено Страхователем по адресу центрального офиса Страховщика, указанному в Договоре страхования/указанному на официальном сайте Страховщика, средствами почтовой или курьерской связи, либо подано Страхователем через Личный кабинет Страхователя (если там содержится информация о возможности приема заявления), либо подано Страхователем в офис Агента (если информация о возможности приема заявления Агентом размещена на официальном сайте Страховщика).

Оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю в безналичной форме в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования с указанием его банковских реквизитов.

С целью исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" по идентификации Страхователя к указанному заявлению необходимо приложить копии всех заполненных страниц документа, удостоверяющего его личность. В случае непредставления сведений о документе, удостоверяющем личность Страхователя, операции с денежными средствами не проводятся.

8. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком независимо от всех видов пособий, пенсий и выплат, получаемых Застрахованным (Выгодоприобретателем) по государственному социальному страхованию и социальному обеспечению, трудовым и иным соглашениям, Договорам страхования, заключенным с другими страховщиками и сумм, причитающихся ему в порядке возмещения вреда по действующему законодательству.

8.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг с Сервисными компаниями, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

8.3. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с Договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, включая транспортные услуги, услуги по репатриации. Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно в медицинское учреждение или Сервисную компанию по их счетам. Выплата по Договору страхования также осуществляется путем освобождения Страхователя от уплаты страховой премии / очередных страховых взносов в соответствии с программой «Освобождение от уплаты страховой премии / страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства».

8.4. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующими Договорами между Страховщиком и Сервисной компанией.

8.5 Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению.

8.6. Объем медицинских и иных услуг и порядок их оказания указан в Приложении № 1 к Полисным условиям.

8.7. При принятии Страховщиком решения о признании произошедшего события страховым случаем по программе «Освобождение от уплаты страховой премии /страховых взносов в результате первичного диагностирования смертельно опасного заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства» Застрахованному или Страхователю направляется письменное уведомление, содержащее следующую информацию: дата начала периода освобождения от уплаты страховой премии / страховых взносов; срок освобождения от уплаты страховой премии / страховых взносов; дата предоставления освобождения от уплаты страховой премии/страховых взносов; другая необходимая информация.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь (Застрахованный) имеет право:

9.1.1. получить дубликат Договора (страхового полиса) в случае утраты оригинала;

9.1.2. получать информацию об условиях страхования, содержащихся в Правилах страхования, настоящих Полисных условиях, Договорах страхования, о размере выплачиваемого Агенту вознаграждения, в случае заключения Договора страхования при посредничестве Агента, иную информацию, относящуюся к Договору страхования;

9.1.3. отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

9.1.4. при признании наступившего события страховым случаем получить медицинские и иные услуги согласно настоящим Условиям страхования.

9.1.5. обратиться к Страховщику за разъяснением положений, содержащихся в Условиях страхования и Договорах страхования.

9.2. **Страхователь (Застрахованный) обязан:**

9.2.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, которые установлены Договором страхования;

9.2.2. сообщать Страховщику при заключении Договора страхования достоверную информацию, имеющую значение для определения степени страхового риска и заключения Договора страхования;

9.2.3. не реже одного раза в год подтверждать соответствие идентификационных данных, предоставленных при заключении договорных отношений. При наличии обновленных данных незамедлительно сообщить Страховщику о данном факте, предоставив оригиналы документов или соответствующим образом заверенных копий в Личном кабинете Страхователя (если там содержится информация о возможности приема таких документов). Также незамедлительно сообщать Страховщику об изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования (в том числе в Декларации, являющейся частью Договора страхования), в том числе, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях); незамедлительно сообщать Страховщику об изменении фамилии или имени Застрахованного, изменении его адреса (в случае переезда), данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного (в случае замены);

9.2.4.При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, устно известить об этом Страховщика в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда Страхователю/Застрахованному стало известно о случившемся, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов;

В течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после устного уведомления (звонка) Застрахованный передает Сервисной компании/Страховщику документы, предусмотренные Приложением № 1 к Полисным условиям.

9.2.5. при обращении за страховой выплатой представить Страховщику Заявление на страховую выплату по установленной Страховщиком форме, а также все необходимые документы в соответствии с Приложением № 1 к настоящим Полисным условиям.
9.2.6. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Условиями страхования, Договором страхования.
9.3. **Страховщик имеет право:**
9.3.1. как лично, так и с привлечением третьих лиц запрашивать и проверять сообщаемую Страхователем, Застрахованным информацию, а также выполнение ими положений настоящих Условий страхования, Договора страхования, и других документов, закрепляющих договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений;
9.3.2. при расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования;
9.3.3. после заключения Договора страхования в случае увеличения степени страхового риска по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования. В случае, если стороны не пришли к согласию, Страховщик имеет право требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения Договора страхования не отпали;
9.3.4. отказать в страховой выплате в случаях:
- неисполнения Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных п. 9.2 настоящих Условий страхования;
- если Страхователь не сообщил об изменении в сведениях о Застрахованном, указанных Страхователем заключении Договора страхования и в период оценки риска, если данное изменение явилось прямой или косвенной причиной наступления события, обладающего признаками страхового случая;
- неоплаты Страхователем страхового взноса в сроки, указанные в Договоре страхования;
- недоказанности факта наступления страхового случая;
- медицинская помощь и иные услуги не были согласованы с Сервисной компанией/Страховщиком;
- в случаях, предусмотренных ст.964 ГК РФ;
- непризнания события страховым случаем в соответствии с разделом 4 настоящих Условий страхования.

9.3.5. организовывать проведение повторного медицинского осмотра/освидетельствования и/или независимой экспертизы в связи с обстоятельствами, имеющими отношение к страховому случаю;
9.3.6. требовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных действующим законодательством РФ, в соответствии с п.4.2 и п.4.3. настоящих Условий страхования.
9.3.7. иные права, предусмотренные настоящими Условиями страхования.
9.4. **Страховщик обязан:**
9.4.1. выдать Страхователю настоящие Условия страхования;
9.4.2. в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты сообщить Застрахованному либо его законным представителям в письменной форме решение об отказе в страховой выплате со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и настоящих Условий страхования в течение 3 (трех) рабочих дней;
9.4.3. сообщить Застрахованному либо его законным представителям в письменной форме решение об отсрочке принятия решения о страховой выплате с обоснованием причин в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения от Сервисной компании уведомления о несоответствии страхового события и/или предоставленного комплекта документов критериям, установленным настоящими Условиями страхования;
9.4.4. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, Застрахованным, кроме передачи необходимого объема сведений в другую страховую или перестраховочную организацию или Сервисную компанию в случае передачи в перестрахование заключенного Договора страхования;
9.4.5. удержать налог на доходы физических лиц в случаях, предусмотренных ст. 213 НК РФ;

9.4.6. в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме) сообщить Страхователю о факте неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки (уплаты очередного страхового взноса в неполном объеме), а также о последствиях такого нарушения одним из способов, предусмотренных п.6.11 настоящих Полисных условий;

9.4.7. уведомить Страхователя/Застрахованного об оплате стоимости оказанной Застрахованному медицинской и иной помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) в размере страховой суммы, а также об исчерпании установленных Договором страхования лимитов на стоимость оказания определенных услуг в пределах страховой суммы.

9.4.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Условиями страхования, Договором страхования.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Действие Договора страхования прекращается:

- в случае прекращения срока действия Договора страхования;
- в случае выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- в случае, если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- в случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса, предусмотренного Договором страхования, в установленный Договором срок или уплаты его в меньшем, чем предусмотрено Договором, размере;
- в случае смерти Страхователя (физического лица), заключившего Договор о страховании третьего лица, ликвидации (реорганизации) Страхователя (юридического лица) в порядке, установленном действующим законодательством, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору страхования;
- по соглашению сторон.

10.2. Договор страхования может быть расторгнут в одностороннем порядке:

10.2.1. По инициативе (требованию) Страховщика на основании п. 9.3.3. настоящих Условий страхования;

10.2.2. По инициативе (требованию) Страхователя.

При этом досрочное расторжение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением оригинала Договора страхования (полиса), документа, удостоверяющего личность. Договор страхования считается расторгнутым с 00:00 (ноля часов, ноля минут) дня, указанного в заявлении, или дня получения заявления Страховщиком, если дата расторжения Договора страхования не указана либо указанная Страхователем дата расторжения Договора является более ранней, чем дата получения заявления Страховщиком.

10.3. В случае досрочного расторжения (прекращения действия) Договора страхования, страховая премия по Договору страхования не возвращается.

10.4. В случае прекращения действия Договора страхования в связи со смертью Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным, или ликвидацией Страхователя (юридического лица), часть страховой премии в размере доли последнего уплаченного страхового взноса (страховой премии), пропорционально не истекшей части оплаченного периода (года, месяца – в зависимости от периодичности уплаты взносов), подлежащая возврату, выплачивается законным наследникам. Договор не прекращается, и суммы не выплачиваются, если Застрахованный или другое лицо принимают на себя обязательства Страхователя по Договору страхования. Перемена лиц в обязательствах оформляется соглашением между Страховщиком, Застрахованным и новым Страхователем.

В случае прекращения действия Договора страхования в связи со смертью Застрахованного, также являющегося Страхователем, которая не признана страховым случаем, часть страховой премии, в размере доли последнего уплаченного страхового взноса (страховой премии), пропорционально не истекшей части

оплаченного периода (года, месяца – в зависимости от периодичности уплаты взносов), подлежащая возврату, выплачивается законным наследникам.

10.5. Если Договор страхования аннулируется в соответствии с п. 7.9 настоящих Полисных условий, то оплаченная страховая премия возвращается Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. При этом Договор страхования аннулируется с даты заключения Договора страхования и оплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

11.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных в соответствии с настоящими Полисными условиями, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

11.2. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 4 июня 2018 г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, обязан обратиться к финансовому уполномоченному.

Приложение № 1 (вариант №1)
к Полисным условиям «Медицина без границ», утвержденным приказом
от 18.12.2020 № 201218-05-од

Порядок предоставления медицинских и иных услуг по Договору страхования «Медицина без границ» (лечение за пределами РФ)

1.1. Настоящий Порядок предоставления медицинских и иных услуг по Договору страхования «Медицина без границ» (далее – Порядок) определяет действия Страховщика, Сервисной компании, Страхователя и Застрахованного при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору страхования «Медицина без границ»

1.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства, указанных в п.п. 3.1.1.1-3.1.1.4 Условий страхования, Застрахованный устно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования, в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда Страхователю (Застрахованному) стало известно о случившемся.

1.3. В течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после устного уведомления (звонка), Застрахованный передает Сервисной компании/Страховщику следующие документы:

копию Договора страхования (Полиса), приложения и все дополнительные соглашения к нему;

заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы;

копии карт амбулаторного больного/ копии выписок из амбулаторных карт, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание;

копии карт стационарного больного/ копии истории болезни/копии выписных/переводных эпикризов, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание.

В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями);

документы, удостоверяющие личность Застрахованного (российский и заграничный паспорт);

копия документа, устанавливающего ИНН Застрахованного.

1.4. После получения информации Сервисная компания/Страховщик уведомляет Застрахованного о необходимых действиях, требуемых для подтверждения Сервисной компанией диагноза, установленного ранее Застрахованному. На основе детального изучения медицинской документации и результатов диагностических процедур, Сервисная компания/Страховщик подтверждает/опровергает ранее поставленный диагноз.

1.5. В случае подтверждения диагноза Сервисная компания/Страховщик предоставляет полный письменный отчет Застрахованному. В отчете содержится информация о подтверждении диагноза независимым медицинским экспертом и варианты рекомендованного лечения. Если отчет подтверждает, что заболевание/медицинская процедура является страховым случаем, Застрахованный должен уведомить Сервисную компанию/Страховщика о своём решении в отношении лечения за пределами Российской Федерации (за исключением Соединенных Штатов Америки). После этого Сервисная компания/Страховщик выдает Застрахованному список рекомендуемых лечебных учреждений за пределами Российской Федерации. Застрахованный в течение трех месяцев с момента получения письменного отчета обязан сообщить Сервисной компании/Страховщику о выборе лечебного учреждения из предоставленного списка.

Если в результате диагностирования врачами Сервисной компании/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, установлено, что заявленное Застрахованным событие не отвечает критериям, указанным в п. 3.1.1 Условий страхования, Страховщик уведомляет об этом Застрахованного в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения уведомления от Сервисной компании.

1.6. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения Застрахованного о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения, Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного в выбранное лечебное учреждение и готовит Предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанного лечебного учреждения. Предварительное медицинское свидетельство обеспечивает Застрахованному доступ к соответствующему лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранном лечебном учреждении, согласно диагностированному смертельно опасному заболеванию и/или назначенному хирургическому вмешательству в соответствии с п. п. 3.1.1.1-3.1.1.4 Условий страхования. Медицинская помощь и иные услуги, оказываемые в иных лечебных учреждениях помимо указанного в Предварительном медицинском свидетельстве, не покрываются страхованием.

Предварительное медицинское свидетельство является действительным на протяжении 90 (девяносто) календарных дней с момента выдачи. В случае, если Застрахованный не инициировал лечение в утвержденном лечебном учреждении на протяжении данного срока, Предварительное медицинское свидетельство утрачивает силу. Застрахованный при необходимости повторно обращается в Сервисную компанию/ Страховщику в соответствии с п. 1.2 настоящего Порядка.

1.7. В случае отказа от лечения, Застрахованный письменно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию об отказе от предложенного лечения.

1.8. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному в лечебном учреждении, может включать в себя:

1.8.1. Проведение медицинской экспертизы;

1.8.2.Консультация врачей;

1.8.3. Манипуляции по медицинским показаниям;

1.8.4. Использование операционного зала;

1.8.5.Лабораторные анализы, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие диагностические анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

1.8.6.Гемотрансфузия, введение плазмы и сыворотки;

1.8.7. Услуги, связанные с использованием кислорода, применение растворов для инъекций;

1.8.8.Лекарственное обеспечение на период госпитализации Застрахованного в рекомендованном Сервисной компанией/Страховщиком лечебном учреждении:

Лекарственное обеспечение по рецепту врача во время госпитализации для лечения покрываемого заболевания или проведения покрываемой медицинской процедуры;

Лекарственное обеспечение, предписанное для послеоперационного лечения, покрывается в течение 30 дней с даты окончания Застрахованным лечения за пределами США и при покупке лекарств до возвращения в РФ.

1.8.9.Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному;

1.8.10.Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному;

1.8.11.Услуги стационара: пребывание Застрахованного в лечебном учреждении. Сервисная компания/Страховщик может организовывать пребывание одного сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям;

1.8.12.Выписка необходимой медицинской документации;

1.8.13.Протезы молочных желез в результате хирургической мастэктомии и протезы клапанов сердца.

1.9. Страховщик/Сервисная компания организовывает и оплачивает транспортировку Застрахованного (и одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, живого донора) в лечебное учреждение с целью лечения, одобренного Сервисной компанией/Страховщиком, а также проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица (и живого донора в случае трансплантации) на время лечения за рубежом.
Все мероприятия по подготовке транспортировки и проживания проводит Сервисная компания/Страховщик. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
Сервисная компания/Страховщик будет нести ответственность за определение дат транспортировки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты должны сообщаться Застрахованному таким образом, чтобы у Застрахованного было достаточного времени для осуществления личных приготовлений.
В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Сервисной компанией/Страховщика, Застрахованный выплатит компенсацию Страховщику и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией/Страховщиком в качестве необходимых с медицинской точки зрения.
Покрываемые страхованием мероприятия в отношении транспортировки и проживания включают в себя:
- проезд от постоянного места жительства Застрахованного – для Застрахованного и сопровождающего его лица (а также при необходимости донора) – до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции, приобретение железнодорожных или авиационных билетов (регулярным или чартерным рейсом) эконом-класса до места пребывания в стране, где оказываются медицинские услуги в лечебном учреждении, визовая поддержка;
- организацию проживания, включая бронирование двухместного номера в отеле категории 3-4 звезды; Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км. Завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не покрываются, если только завтрак/питание не включаются автоматически в стоимость бронирования номера, в соответствии с правилами отеля. Сотрудники, назначенные Сервисной компанией/Страховщиком, также могут содействовать проведению работы с документами и организационных мер при госпитализации (если запрошено Застрахованным).
- организация транспортировки Застрахованного и его сопровождающего (а также живого донора в случае трансплантации) из лечебного учреждения (стационара) на территорию постоянного места жительства (на территорию Российской Федерации).
Сервисная компания/Страховщик будет принимать решение по поводу каждой транспортировки по согласованию с Застрахованным.
1.10. Страховщик/Сервисная компания вправе в случае смерти Застрахованного, произошедшей за пределами страны проживания в ходе лечения, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организовать репатриацию останков Застрахованного (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани) в страну проживания, предоставить услуги и материалы, необходимые для подготовки тела покойника и его транспортировки в Российскую Федерацию, в т. ч.:
- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- оплату гроба с минимальными обязательными атрибутами;
- репатриацию останков от аэропорта до указанного места захоронения на территории Российской Федерации/ место, где Застрахованный (донор) постоянно проживал до страхового случая.
Застрахованный и его родственники должны допускать для визита врачей, персонал Сервисной компании/Страховщика, а также получать любые справки, необходимые для Сервисной компании/Страховщика.

1.11. Расходы по оплате медицинской помощи и иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного, не подлежат возмещению, за исключением лекарственного обеспечения согласно п. 1.8.8 настоящего Порядка.

1.12. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, не покрываются Договором страхования, если:

- использование соответствующих предметов не является необходимым с медицинской точки зрения и;
- эти предметы предназначаются для использования вне больницы или для ввоза в Российскую Федерацию.

1.13. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца согласно п. 1.8.13 настоящего Порядка) не покрываются Договором страхования.

1.14. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом либо приобретенные без наличия медицинского рецепта, не покрываются Договором страхования.

1.15. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам, не покрываются Договором страхования.

1.16. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от указанного отеля до больницы либо лечащего врача, не покрываются Договором страхования.

1.17. Стоимость лечения и предоставления медицинских и иных услуг, организованные Сервисной компанией/Страховщиком, не может превышать страховую сумму по страховому случаю / программе, указанной в п. 3.1.1 Условий страхования.

Приложение № 1 (вариант 2)
к Полисным условиям «Медицина без границ», утвержденным приказом
от 18.12.2020 № 201218-05-од

Порядок предоставления медицинских и иных услуг
по договору страхования «Медицина без границ»
(лечение за пределами РФ + «Онконавигатор»)

1. Общие положения.

1.1. Настоящий Порядок предоставления медицинских и иных услуг по Договору страхования «Медицина без границ» (далее – Порядок) определяет действия Страховщика, Страхователя и Застрахованного при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору страхования «Медицина без границ»

1.2. Договором страхования «Медицина без границ» предусмотрено предоставление медицинских и иных услуг, связанных с лечением за пределами РФ, а также предоставление комплекса медицинских услуг и услуг по сопровождению лечения Застрахованного на территории РФ «Онконавигатор» (далее – «программа «Онконавигатор»).

1.3. Порядок предоставления медицинских и иных услуг, связанных с лечением за пределами РФ, представлен в Разделе 2 настоящего Порядка.

1.4. Порядок предоставления услуг по программе «Онконавигатор» представлен в Разделе 3 настоящего Порядка.

2. Порядок предоставления медицинских и иных услуг, связанных с лечением за пределами РФ

2.1. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания и/или назначения проведения хирургического вмешательства, указанных в п.п. 3.1.1.1-3.1.1.4 Условий страхования, Застрахованный устно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию по телефону, указанному в Договоре страхования, в течение 35 (тридцати пяти) календарных дней со дня, когда Страхователю (Застрахованному) стало известно о случившемся.

2.2. В течение 14 (четырнадцати) рабочих дней после устного уведомления (звонка), Застрахованный передает Сервисной компании/Страховщику следующие документы:

копию Договора страхования (Полиса), приложения и все дополнительные соглашения к нему;

заявление на страховую выплату установленной Страховщиком формы;

копии карт амбулаторного больного/ копии выписок из амбулаторных карт, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание;

копии карт стационарного больного/ копии истории болезни/копии выписных/переводных эпикризов, заверенные медицинской организацией, в которой изначально диагностировано заболевание.

В документах должен быть указан диагноз, подтвержденный общепринятыми в медицинской практике методами обследования или диагностирования соответствующего заболевания (лабораторными, инструментальными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями);

документы, удостоверяющие личность Застрахованного (российский и заграничный паспорт);

копия документа, устанавливающего ИНН Застрахованного.

2.3. После получения информации Сервисная компания/Страховщик уведомляет Застрахованного о необходимых действиях, требуемых для подтверждения Сервисной компанией диагноза, установленного ранее Застрахованному. На основе детального изучения медицинской документации и результатов диагностических процедур, Сервисная компания/Страховщик подтверждает/опровергает ранее поставленный диагноз.

2.4. В случае подтверждения диагноза Сервисная компания/Страховщик предоставляет полный письменный отчет Застрахованному. В отчете содержится информация о подтверждении диагноза независимым медицинским экспертом и варианты рекомендованного лечения. Если отчет подтверждает, что заболевание/медицинская процедура является страховым случаем, Застрахованный должен уведомить Сервисную компанию/Страховщика о своём решении в отношении лечения за пределами Российской

Федерации (за исключением Соединенных Штатов Америки). После этого Сервисная компания/Страховщик выдает Застрахованному список рекомендуемых лечебных учреждений за пределами Российской Федерации. Застрахованный в течение трех месяцев с момента получения письменного отчета обязан сообщить Сервисной компании/Страховщику о выборе лечебного учреждения из предоставленного списка.

Если в результате диагностирования врачами Сервисной компании/медицинским учреждением, рекомендованным Страховщиком, установлено, что заявленное Застрахованным событие не отвечает критериям, указанным в п. 3.1.1 Условий страхования, Страховщик уведомляет об этом Застрахованного в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней с даты получения уведомления от Сервисной компании.

2.5. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения Застрахованного о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения, Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного в выбранное лечебное учреждение и готовит Предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанного лечебного учреждения. Предварительное медицинское свидетельство обеспечивает Застрахованному доступ к соответствующему лечению, обслуживанию и предписаниям в выбранном лечебном учреждении, согласно диагностированному смертельно опасному заболеванию и/или назначенному хирургическому вмешательству в соответствии с п. п. 3.1.1.1-3.1.1.4 Условий страхования. Медицинская помощь и иные услуги, оказываемые в иных лечебных учреждениях помимо указанного в Предварительном медицинском свидетельстве, не покрываются страхованием.

Предварительное медицинское свидетельство является действительным на протяжении 90 (девяносто) календарных дней с момента выдачи. В случае, если Застрахованный не инициировал лечение в утвержденном лечебном учреждении на протяжении данного срока, Предварительное медицинское свидетельство утрачивает силу. Застрахованный при необходимости повторно обращается в Сервисную компанию/ Страховщику в соответствии с п. 2.2 настоящего Порядка.

2.6. В случае отказа от лечения, Застрахованный письменно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию об отказе от предложенного лечения.

2.7. Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному в лечебном учреждении, может включать в себя:

2.7.1. Проведение медицинской экспертизы;

2.7.2.Консультация врачей;

2.7.3. Манипуляции по медицинским показаниям;

2.7.4. Использование операционного зала;

2.7.5.Лабораторные анализы, рентгенографические исследования, проводимые в диагностических целях, лучевая терапия, использование радиоактивных изотопов, химиотерапия, электрокардиограммы, эхокардиография, миелограммы, электроэнцефалограммы, ангиограммы, компьютерная томография и другие диагностические анализы и процедуры, необходимые для диагностики и лечения покрываемых страхованием болезней и медицинских процедур, при условии их проведения врачом или под медицинским наблюдением;

2.7.6.Гемотрансфузия, введение плазмы и сыворотки;

2.7.7. Услуги, связанные с использованием кислорода, применение растворов для инъекций;

2.7.8.Лекарственное обеспечение на период госпитализации Застрахованного в рекомендованном Сервисной компанией/Страховщиком лечебном учреждении:

Лекарственное обеспечение по рецепту врача во время госпитализации для лечения покрываемого заболевания или проведения покрываемой медицинской процедуры;

Лекарственное обеспечение, предписанное для послеоперационного лечения, покрывается в течение 30 дней с даты окончания Застрахованным лечения за за пределами США и при покупке лекарств до возвращения в РФ.

2.7.9.Хирургическое вмешательство и медицинские услуги по удалению органа или ткани донора, предназначенных для трансплантации Застрахованному;
2.7.10.Услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному;
2.7.11.Услуги стационара: пребывание Застрахованного в лечебном учреждении. Сервисная компания/Страховщик может организовывать пребывание одного сопровождающего лица, если такое сопровождение необходимо по медицинским показаниям;
2.7.12.Выписка необходимой медицинской документации;
2.7.13.Протезы молочных желез в результате хирургической мастэктомии и протезы клапанов сердца.
2.8. Страховщик/Сервисная компания организовывает и оплачивает транспортировку Застрахованного (и одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, живого донора) в лечебное учреждение с целью лечения, одобренного Сервисной компанией/Страховщиком, а также проживание Застрахованного и одного сопровождающего лица (и живого донора в случае трансплантации) на время лечения за рубежом.
Все мероприятия по подготовке транспортировки и проживания проводит Сервисная компания/Страховщик. Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным либо третьим лицом от имени Застрахованного.
Сервисная компания/Страховщик будет нести ответственность за определение дат транспортировки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты должны сообщаться Застрахованному таким образом, чтобы у Застрахованного было достаточного времени для осуществления личных приготовлений.
В случае изменения Застрахованным даты поездки после получения извещения от Сервисной компанией/Страховщика, Застрахованный выплатит компенсацию Страховщику и/или Сервисной компании в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, если изменения не будут подтверждены Сервисной компанией/Страховщиком в качестве необходимых с медицинской точки зрения.
Покрываемые страхованием мероприятия в отношении транспортировки и проживания включают в себя:
- проезд от постоянного места жительства Застрахованного – для Застрахованного и сопровождающего его лица (а также при необходимости донора) – до установленного аэропорта или международной железнодорожной станции, приобретение железнодорожных или авиационных билетов (регулярным или чартерным рейсом) эконом-класса до места пребывания в стране, где оказываются медицинские услуги в лечебном учреждении, визовая поддержка;
- организацию проживания, включая бронирование двухместного номера в отеле категории 3-4 звезды; Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к больнице, либо от места нахождения лечащего врача в радиусе 10 км. Завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не покрываются, если только завтрак/питание не включаются автоматически в стоимость бронирования номера, в соответствии с правилами отеля. Сотрудники, назначенные Сервисной компанией/Страховщиком, также могут содействовать проведению работы с документами и организационных мер при госпитализации (если запрошено Застрахованным).
- организация транспортировки Застрахованного и его сопровождающего (а также живого донора в случае трансплантации) из лечебного учреждения (стационара) на территорию постоянного места жительства (на территорию Российской Федерации).
Сервисная компания/Страховщик будет принимать решение по поводу каждой транспортировки по согласованию с Застрахованным.
2.9. Страховщик/Сервисная компания вправе в случае смерти Застрахованного, произошедшей за пределами страны проживания в ходе лечения, организованного в соответствии с Договором страхования (либо донора - в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани), организовать репатриацию останков Застрахованного (донора в случае смерти, связанной непосредственно с забором органа/ткани) в страну проживания, предоставить услуги и материалы, необходимые для подготовки тела покойника и его транспортировки в Российскую Федерацию, в т. ч.:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- оплату гроба с минимальными обязательными атрибутами;
- репатриацию останков от аэропорта до указанного места захоронения на территории Российской Федерации/ место, где Застрахованный (донор) постоянно проживал до страхового случая.

Застрахованный и его родственники должны допускать для визита врачей, персонал Сервисной компании/Страховщика, а также получать любые справки, необходимые для Сервисной компании/Страховщика.

2.10. Расходы по оплате медицинской помощи и иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным или любым третьим лицом от имени Застрахованного, не подлежат возмещению, за исключением лекарственного обеспечения согласно п. 2.7.8 настоящего Порядка.

2.11. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, не покрываются Договором страхования, если:
- использование соответствующих предметов не является необходимым с медицинской точки зрения и;
- эти предметы предназначаются для использования вне больницы или для ввоза в Российскую Федерацию.

2.12. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате любого вида протеза или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных частей тела или органов, париков (даже если их использование считается необходимым в процессе лечения химиотерапией), ортопедической обуви, грыжевых бандажей и другого аналогичного оборудования или предметов (за исключением протезов молочных желез в результате хирургической мастэктомии, а также протезов клапанов сердца согласно п. 2.7.13 настоящего Порядка) не покрываются Договором страхования.

2.13. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом либо приобретенные без наличия медицинского рецепта, не покрываются Договором страхования.

2.14. Оплата услуг переводчиков, телефонной связи и других расходов в отношении предметов личного пользования, не относящихся к медицине, либо прочих услуг, оказываемых родственникам и сопровождающим лицам, не покрываются Договором страхования.

2.15. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от указанного отеля до больницы либо лечащего врача, не покрываются Договором страхования.

2.16. Стоимость лечения и предоставления медицинских и иных услуг, организованные Сервисной компанией/Страховщиком, не может превышать страховую сумму по страховому случаю / программе, указанной в п. 3.1.1 Условий страхования

3. Порядок предоставления комплекса медицинских услуг и услуг по сопровождению лечения Застрахованного на территории РФ «Онконавигатор»

3.1. Услуги по программе «Онконавигатор» предоставляются только после первичного диагностирования заболевания указанного в п.п. 3.1.1.1 и только при наличии у Застрахованного полиса обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством РФ.

3.2. При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, то есть, после первичного диагностирования заболевания указанного в п.п. 3.1.1.1, Застрахованное лицо извещает Сервисную компанию о постановке диагноза «злокачественное новообразование» путем обращения по номеру 8 800 555 02 99.

3.3. Сервисная компания в срок не позднее следующего рабочего дня за днем обращения Застрахованного лица связывается с ним и проводит идентификацию обратившегося лица. Сервисная компания информирует о необходимости сбора и предоставления по электронной почте следующего пакета обязательных документов:

- Согласие на обработку персональных данных (копия, по форме, установленной Сервисной компанией);
- Договор страхования;
- Заявление о наступлении страхового события / о страховом случае (копия по форме, предоставленной Сервисной компанией);

- Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (простая копия);
- Справка / выписка из медицинской карты амбулаторного больного (из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях), содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора страхования заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет – информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия);
- Справка от онколога по месту жительства, содержащая информацию о том, когда Застрахованный был взят на диспансерный учет и по какому онкологическому заболеванию (заверенная копия);
- Если в процессе лечения или проведения каких-либо медицинских манипуляций был поставлен предварительный онкологический диагноз, то предоставляется выписка/справка из соответствующей медицинской организации (заверенная копия);
- Протоколы проведенных медицинских вмешательств, по результатам которых был заподозрен онкологический диагноз, включая, но не ограничиваясь протоколами ультразвуковых исследований, фиброэзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, иных эндоскопических исследований (вмешательств), компьютерной томографии, магниторезонансной томографии (заверенная копия);
- Протокол гистологического/цитологического исследования, если были показания/рекомендации, а также техническая возможность его провести (заверенная копия);
- Результат анализа крови на ВИЧ/или СПИД (заверенная копия);
- Справка медицинской организации (выписка из медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечение (заверенная копия);
- В случае обращения по профилю «онкогинекология» также справка /выписка от гинеколога, содержащая информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения Договора добровольного медицинского страхования заболеваниях минимум за последние 10 (десять) лет – информация о перенесенных ранее заболеваниях (заверенная копия).

3.4. Застрахованный обязан предоставить в Сервисную компанию всю известную информацию о страховом случае и все необходимые документы для установления факта страхового случая и проведения верификации диагноза.

3.5. Требования, предъявляемые к медицинской документации и проведению диагностирования первично установленного онкологического заболевания:

3.5.1. Диагноз должен быть установлен в период действия страхования по Программе, подтвержден гистологически, за исключением случаем, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), а также специалистом-онкологом;

3.5.2. Документы, содержащие медицинскую информацию, предъявляемые Застрахованными лицами, должны быть надлежащим образом заверены медицинскими организациями, их выдавшими;

3.5.3. Медицинский документ содержит все необходимые реквизиты и данные, предусмотренные соответствующими нормативными актами. При этом, на всех медицинских документах должны быть указаны фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного, а именно:

3.5.4. На электрокардиограммах, рентгенограммах, результатах обследования на компьютерном томографе и других документах / изображениях, явившихся результатом машинной обработки информации, фамилия, инициалы и дата рождения Застрахованного должны составлять единое целое с документом / изображением без возможности их изменения.

3.5.5. На иных документах (на медицинских справках, выписках, отчетах и прочих) фамилия, инициалы и дата рождения должны быть указаны способом, исключающим возможность их исправления.

3.6. По требованию Сервисной компании Застрахованное лицо обязано предъявить оригиналы документов, указанных в пункте 3.3. настоящего Порядка, представителю Сервисной компании или доставить оригиналы этих документов в Сервисную компанию.

3.7. По получению полного пакета обязательных документов, указанных в пункте 3.3 настоящего Порядка, Сервисная компания проводит медико-юридическую проверку предоставленного Застрахованным

лицом полного пакета обязательных документов в течение 5 (пяти) рабочих дней. Медико-юридическая проверка проводится единожды (за все периоды страхования – первоначальное заключение Договора, пролонгация) при первоначальном обращении Застрахованного лица при наступлении события, имеющего признаки страхового.

3.8. В случае если документов, указанных в пункте 3.3. настоящего Порядка, недостаточно для определения причин и обстоятельств наступления страхового случая и проведения медико-юридической проверки, Сервисная компания вправе мотивированно запросить у Застрахованного лица дополнительные документы.

3.9. В случае если Застрахованным лицом предоставлены недостаточные для организации и оказания любых Услуг сведения, Сервисная компания извещает об этом Застрахованное лицо в течение 5 (Пяти) рабочих дней, сообщая, какие дополнительные сведения и документы необходимы.

3.10. При обращении Застрахованного лица в Сервисную компанию при диагностировании злокачественного новообразования и при соблюдении следующих условий:

- соответствия события признакам страхового случая;
- при подтверждении злокачественного новообразования гистологически, за исключением случаем, когда получение биологического материала невозможно ввиду специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), и специалистом-онкологом;
- при соответствии Застрахованного лица требованиям, предъявляемым к лицам, принимаемым на страхование,
- при отказе Застрахованного от лечения за рубежом в соответствии с п. 2.6 настоящего Порядка;
- при наступлении страхового случая в предыдущие периоды страхования - при непрерывной пролонгации Договора страхования в отношении одного и того же Застрахованного лица

Сервисная компания предоставляет следующие услуги в рамках программы «Онконавигатор»:

3.10.1. **Услуга «Прикрепление персонального менеджера».** Персональный менеджер – сотрудник Сервисной компании, прикрепляемый к Застрахованному и отвечающий за его дальнейшее сопровождение в рамках оказания услуг в соответствии с пунктами 3.10.1-3.10.6 настоящего Порядка. Персональный менеджер доступен в рабочие дни с 9-00 до 18-00 по московскому времени, в остальное время обращения принимаются на телефон «горячей линии» сервисного центра Сервисной компании 8 800 500 02 99.

3.10.2. **Услуга «Верификация диагноза»** – проверка первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза. Сервисная компания в течение 2 (Двух) рабочих дней, следующих за получением от Застрахованного лица полного пакета обязательных документов, проводит медико-юридическую проверку предоставленных Застрахованным лицом документов.

По проведению медико-юридической проверки предоставленных Застрахованным лицом документов Сервисная компания информирует Застрахованное лицо о необходимости гистопатологической проверки/пересмотра биологического материала (операционного или биопсии), выясняет наличие/отсутствие биологического материала, при наличии – организует изъятие биологического материала и направление его на пересмотр. Объем исследований и медицинскую организацию, где будет проводиться гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии), определяет Сервисная компания на основании рекомендаций врача-онколога и/или патоморфолога.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза и проводится в течение 5 -10 (Пять-Десять) рабочих дней. При условии необходимости проведения иммуногистохимического исследования, указанный срок гистопатологической проверки/пересмотра увеличивается на срок проведения соответствующего иммуногистохимического исследования. В диагностически сложных случаях срок проведения гистопатологической проверки/пересмотра может быть увеличен на срок проведения дополнительных диагностических исследований, определенных врачом-онкологом и/или гематологом, а также врачом-

патоморфологом, осуществляющих верификацию диагноза. Увеличение срока зависит от срока проведения лабораторией соответствующего дополнительного диагностического исследования.

В случае необходимости Исполнитель организует забор биологического материала. Срок транспортировки биологического материала от места его хранения до места проведения гистопатологической проверки/пересмотра зависит от региона Российской Федерации и составляет от 1 (Один) до 6 (Шесть) рабочих дней. При нахождении биологического материала Застрахованного лица в медицинской организации, указанный срок увеличивается на срок составления врачом-онкологом и/или гематологом, осуществляющим верификацию диагноза, официального запроса на забор биологического материала.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) является обязательным условием верификации диагноза.

Гистопатологическая проверка/пересмотр биологического материала (операционного или биопсии) проводится только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события для проверки первично поставленного диагноза «злокачественное новообразование» с целью подтверждения или опровержения такого диагноза.

При отказе Застрахованного лица от гистопатологической проверки биологического материала при его наличии, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

При неинформативности и/или недостаточности биологического материала, необходимого для надлежащего проведения гистопатологической проверки, равно как и при отсутствии биологического материала ввиду невозможности его получения из-за специфики клинического случая и локализации онкологического/онкогематологического процесса (головной мозг, почка, лимфопролиферация и т.д.), тактику и объем диагностического исследования определяют врач-онколог и/или гематолог, а также врач-патоморфолог, осуществляющие верификацию диагноза.

Если указанные в абзаце выше диагностические исследования проводились Застрахованному, Застрахованный предоставляет в Сервисную компанию заключения этих исследований и их результаты на материальном носителе для пересмотра (например, диски с записью КТ/МРТ исследования).

Если указанные диагностические исследования не проводились Застрахованному или срок давности исследования не является надлежащим по мнению врача-онколога и/или гематолога, осуществляющего верификацию диагноза, Сервисная компания маршрутизирует Застрахованное лицо в прохождении данных исследований с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь без взимания с Застрахованного лица платы или организует прохождение данных исследований Застрахованным за счет других источников.

При возможности получения повторного биологического материала согласно рекомендациям врача-онколога и/или гематолога, а также врача-патоморфолога, осуществляющих верификацию диагноза, и отказе Застрахованного лица пройти соответствующее медицинское вмешательство для получения повторного биологического материала и/или отказе предоставления повторного биологического материала, Застрахованное лицо обязано направить в Сервисную компанию письменный отказ об этом по форме Сервисной компании. В таких случаях верификация первично поставленного диагноза завершается на этапе медико-юридической проверки предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов, а гистопатологическая проверка биологического материала (операционного или биопсии), консультация врача-онколога и/или гематолога с целью подтверждения или опровержения онкологического диагноза, составление плана лечения и повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования не осуществляются.

По итогам пересмотра биологического материала и на основании предоставленного необходимого полного пакета медицинских документов Застрахованному лицу предоставляется заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается диагноз или нет.

3.10.3. **Услуга «Составление плана лечения»** – содействие предоставлению заключения врача-онколога с планом наблюдения и лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования: при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, Сервисная компания предоставляет заключение врача-онколога, содержащее информацию о том, подтверждается ли диагноз или нет, и план наблюдения и лечения, основанный на действующих стандартах и (или) клинических рекомендациях (протоколах лечения).

Услуга «Составление плана лечения» оказывается только на этапе первоначального обращения Застрахованного лица при наступлении страхового события при наличии подтвержденного диагноза, относящегося к злокачественным новообразованиям, по итогу проведенной Сервисной компанией верификации.

3.10.4. **Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования»** - консультирование компетентными специалистами-экспертами по вопросам корректировки и/или правильности назначенного лечения. Проведение консультации по плану лечения возможно только в том случае, если Сервисной компанией проведена «верификация диагноза».

3.10.5. **Услуга «Навигация Застрахованного лица»** – маршрутизация Застрахованного лица с достоверно установленным диагнозом «злокачественное новообразование» для обеспечения ему максимального доступа к необходимым медицинским технологиям с учетом всех допускаемых законодательством Российской Федерации источников покрытия расходов на специализированную медицинскую помощь, информационно-консультационное содействие организации оказания медицинской помощи в соответствии с предоставленным планом лечения и наблюдения: путем информационного консультирования Сервисная компания содействует получению Застрахованным лицом медицинской помощи по поводу выявленного злокачественного новообразования без взимания с Застрахованного платы, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации, а именно за счет получения максимального количества медицинских услуг в рамках программы обязательного медицинского страхования или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Информационное консультирование заключается в юридической поддержке, в помощи по преодолению бюрократических и административных барьеров.

3.10.6. **Услуга «Юридическая поддержка»** – предоставление юридических консультаций по вопросам охраны здоровья граждан, получению медицинской помощи (в том числе бесплатной в рамках программы ОМС или программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи), лекарственного обеспечения по профилю «онкология», в том числе льготного, если это предусмотрено законодательством Российской Федерации. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию, в том числе путем оказания содействия в подготовке претензий, заявлений, обращений в органы власти (и) или в медицинские организации.

3.10.7. **Услуга «Психологическая помощь»** - предоставление консультаций клинического психолога в связи с выявленным и подтвержденным злокачественным новообразованием. Обеспечивается путем обращения Застрахованного лица в Сервисную компанию.

3.11. Услуга «Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», услуга «Навигация Застрахованного лица», услуга «Психологическая помощь» и услуга «Юридическая поддержка» оказываются при соблюдении условий п. 3.10 настоящего Порядка, по запросу Застрахованного лица и в связи с выявленным злокачественным новообразованием.

3.12. Количество обращений Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования для получения услуг:

«Повторная консультация по плану лечения по поводу выявленного злокачественного новообразования», «Навигация Застрахованного лица», «Юридическая поддержка» - 4 (четыре) консультации.

«Психологическая помощь» - количество консультаций без ограничений.