

общество с ограниченной ответственностью  
страховая компания

**«Пульс»**

Утверждено  
приказом ООО СК «Пульс»  
от 01.02.2022г. № 15-п

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Москва 2022 г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

- I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
  - II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
  - III. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ
  - IV. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ
  - V. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ
  - VI. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО, СТРАХОВЩИКА
  - VII. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ 8
  - VIII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ
  - IX. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ
  - X. ПРИЛОЖЕНИЯ
- Приложение №1
- Приложение №2
- Приложение №3
- Приложение №4

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством РФ и настоящими Правилами ООО СК «Пульс» заключает договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых гарантирует организацию и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня в объеме страховых программ, разрабатываемых СТРАХОВЩИКОМ и являющихся неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования.

В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования не включаются обязательства по договорам обязательного медицинского страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих правилах:

**СТРАХОВЩИК:** Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Пульс», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

**СТРАХОВАТЕЛЬ:** юридическое лицо, предприниматель без образования юридического лица или дееспособное физическое лицо, заключившее со СТРАХОВЩИКОМ договор добровольного медицинского страхования.

**Застрахованный:** физическое лицо, в отношении которого заключен договор добровольного медицинского страхования.

**Страховой риск:** предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

**Страховой случай:** совершившееся событие (реализованный страховой риск), предусмотренное договором добровольного медицинского страхования, с наступлением которого возникает обязанность СТРАХОВЩИКА произвести страховую выплату.

**Страховая выплата:** денежная сумма, которую СТРАХОВЩИК в соответствии с договором добровольного медицинского страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

**Договор добровольного медицинского страхования (договор ДМС):** письменное соглашение между СТРАХОВАТЕЛЕМ и СТРАХОВЩИКОМ, в силу которого СТРАХОВЩИК, за обусловленную договором ДМС страховую премию, принимает на себя организацию и финансирование медицинских и иных услуг, оказываемых по программе добровольного медицинского страхования Застрахованным, включенным в список лиц, принимаемых на страхование, предоставленный СТРАХОВАТЕЛЕМ, а СТРАХОВАТЕЛЬ обязуется оплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором ДМС сроки и в соответствующем размере.

**Медицинские учреждения:** организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

**Аптечная организация:** организация, структурное подразделение медицинского учреждения, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение,

изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями Федерального закона «Об обращении лекарственных средств».

Медицинские услуги: мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Иные услуги: услуги, связанные с оказанием медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения.

Персональные данные: информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес регистрации, телефоны.

Программа добровольного медицинского страхования (страховая программа, программа ДМС): определяет виды и перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованным по договору ДМС, заключенному между СТРАХОВАТЕЛЕМ и СТРАХОВЩИКОМ, и является неотъемлемой частью договора ДМС.

Страховая сумма: страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору добровольного медицинского страхования.

Страховая премия (страховой взнос): плата за страхование, которую СТРАХОВАТЕЛЬ обязан уплатить СТРАХОВЩИКУ в порядке и сроки, определенные договором ДМС.

Страховой тариф: ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного, связанный с затратами на оказание ему медицинской и иной услуги при возникновении страхового случая.

2.2. По договору ДМС Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программами ДМС, в медицинских и аптечных организациях, с которыми у СТРАХОВЩИКА заключены соответствующие договоры или обращение Застрахованного в которые согласовано либо организовано СТРАХОВЩИКОМ.

## 3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является:

3.1.1. Обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинскую и (или) аптечную организацию, с которыми у СТРАХОВЩИКА заключены договоры на предоставление медицинских и (или) иных услуг, за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной) и иной (в том числе, медико-социальной, медико-транспортной, фармацевтической (лекарственное обеспечение) и др.) помощи, требующей оказания услуг в пределах перечня, предусмотренного договором ДМС;

3.1.2. Обращение Застрахованного в течение срока действия договора ДМС в медицинскую и (или) аптечную организацию, с которыми у СТРАХОВЩИКА не заключены договоры на предоставление медицинских и (или) иных услуг, за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной) и иной (в том числе, медико-социальной, медико-транспортной,

фармацевтической (лекарственное обеспечение) и др.) помощи, требующей оказания услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором ДМС, ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО ДАННОЕ ОБРАЩЕНИЕ ОРГАНИЗОВАНО И (ИЛИ) ПИСЬМЕННО СОГЛАСОВАНО СТРАХОВЩИКОМ.

3.2. Страховщик имеет право не признавать страховым случаем и не оплачивать медицинские и иные услуги, в связи:

3.2.1. С предоставлением подложных документов по наступлению страхового случая;

3.2.2. С получением Застрахованным медицинских и иных услуг, которые не предусмотрены договором ДМС;

3.2.3. С установлением факта передачи Застрахованным полиса страхования другому лицу;

3.2.4. С не извещением СТРАХОВЩИКА в тридцатидневный срок о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая при обращении в медицинскую и (или) аптечную организацию, с которыми у СТРАХОВЩИКА не заключены договоры на предоставление медицинских и (или) иных услуг, если не будет доказано, что СТРАХОВЩИК своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у СТРАХОВЩИКА сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

3.2.5. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

#### 4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ

4.1. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

4.2. СТРАХОВАТЕЛЬ вправе в период действия договора ДМС по согласованию со СТРАХОВЩИКОМ увеличить страховую сумму, доплатив страховой взнос, размер которого увеличивается пропорционально страховой сумме. Изменения вносятся путем оформления дополнительного соглашения.

4.3. СТРАХОВЩИК при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

4.4. Страховая премия по договорам страхования уплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора ДМС и в оговоренные договором сроки.

В случае неуплаты страховой премии или первого страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и в установленной сумме, Договор страхования считается не вступившим в силу.

По согласованию со СТРАХОВЩИКОМ, при заключении Договора страхования на срок один год, СТРАХОВАТЕЛЬ вправе уплатить страховую премию (страховой взнос) в рассрочку на следующих условиях:

- первую часть в размере не менее 50% от подлежащей уплате суммы, если иное не предусмотрено Договором — непосредственно при заключении Договора страхования;
- вторую часть в оставшейся сумме — не позднее 89 дней от дня заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором.

При заключении Договора страхования на срок менее года страховая премия уплачивается единовременно и полностью до начала действия Договора страхования.

В случае неуплаты СТРАХОВАТЕЛЕМ очередного (не первого) страхового взноса в предусмотренный договором страхования срок, или уплаты его в меньшей, чем предусмотрено сумме (при отсутствии письменно оформленной договоренности о дополнительной отсрочке и

(или) рассрочке внесения страхового взноса), договор страхования расторгается по инициативе СТРАХОВЩИКА в одностороннем порядке с даты, указанной в уведомлении о расторжении договора, которое направляется СТРАХОВАТЕЛЮ.

4.5. Страховая премия уплачивается:

4.5.1. В безналичной форме путем перечисления на расчетный счет СТРАХОВЩИКА;

4.5.2. В наличной форме в кассу СТРАХОВЩИКА.

4.6. Страховая премия, уплачиваемая СТРАХОВАТЕЛЕМ по договору ДМС, устанавливается в зависимости от условий страхования и уровня страхового обеспечения по договору ДМС.

## 5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ

5.1. Договор ДМС заключается в письменной форме и подписывается обеими сторонами.

5.2. Основанием для заключения договора ДМС является письменное заявление СТРАХОВАТЕЛЯ с приложением списка лиц, принимаемых на страхование (далее – список Застрахованных). Список Застрахованных должен содержать: фамилию, имя, отчество, дату (год, месяц, день) рождения, адрес регистрации.

5.3. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования потенциальных Застрахованных. Однако СТРАХОВЩИК оставляет за собой право в каждом конкретном случае потребовать медицинского освидетельствования Застрахованного.

5.4. СТРАХОВАТЕЛЬ (Застрахованный) по требованию СТРАХОВЩИКА обязан сообщить сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую СТРАХОВЩИКУ для определения степени страхового риска.

5.5. СТРАХОВЩИК имеет право проверить достоверность указанных СТРАХОВАТЕЛЕМ данных. В случае установления того, что СТРАХОВАТЕЛЬ сообщил о себе или Застрахованном ложные данные, СТРАХОВЩИК имеет право отказать СТРАХОВАТЕЛЮ в заключении договора ДМС.

5.6. Страховая программа определяется самим СТРАХОВАТЕЛЕМ и является неотъемлемой частью договора ДМС. Договор ДМС может содержать различные страховые программы.

5.7. Не позднее семи рабочих дней с момента вступления договора ДМС в силу СТРАХОВАТЕЛЮ (Застрахованным) вручаются полисы страхования, являющиеся именными документами, удостоверяющими право Застрахованного на получение медицинских и иных услуг по договору ДМС. Приложением к полису страхования может являться расчетная карта.

5.7.1. Полис страхования содержит уникальный номер, ФИО Застрахованного, дату его рождения, номер договора ДМС, срок страхования.

5.7.2. В случае утраты полиса в период действия договора ДМС СТРАХОВАТЕЛЮ (Застрахованному) на основании его письменного заявления выдается дубликат полиса страхования.

5.7.3. При утрате дубликата полиса страхования в период действия договора ДМС для получения второго и последующих дубликатов СТРАХОВАТЕЛЬ (Застрахованный) уплачивает СТРАХОВЩИКУ денежную сумму в размере стоимости изготовления.

5.7.4. СТРАХОВАТЕЛЮ (Застрахованному) запрещается передавать полис страхования другому лицу с целью получения им услуг по Договору ДМС. СТРАХОВЩИК не возмещает расходы на оказанные медицинские и иные услуги лицам, не указанным в Договоре ДМС как Застрахованный, но воспользовавшимися полисом страхования Застрахованного.

5.8. Договор ДМС вступает в силу в сроки, установленные в договоре ДМС. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу СТРАХОВЩИКА.

5.9. В случае, если к сроку, установленному в договоре ДМС, первый взнос при рассроченном платеже не был уплачен, договор ДМС считается не вступившим в силу.

5.10. Предоставление медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных договором ДМС, осуществляется при обращении Застрахованного в медицинские и (или) аптечные организации, согласованные со СТРАХОВЩИКОМ. При обращении Застрахованного в медицинскую и (или) аптечную организацию предъявляется полис страхования, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного. При необходимости, Застрахованному выдается гарантийное письмо для предъявления в медицинские и (или) аптечные организации.

5.11. Договор ДМС заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.

5.12. Договор ДМС прекращается, и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг в случаях:

- истечения срока действия договора ДМС; исполнения СТРАХОВЩИКОМ обязательств по договору ДМС в полном объеме;
- неуплаты СТРАХОВАТЕЛЕМ по требованию СТРАХОВЩИКА страховых взносов в установленные договором ДМС сроки; смерти СТРАХОВАТЕЛЯ – физического лица;
- ликвидации СТРАХОВЩИКА в установленном законодательством РФ порядке;
- признания судом договора ДМС недействительным; в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ настоящими Правилами.

5.13. СТРАХОВАТЕЛЬ вправе отказаться от договора ДМС в любое время. При досрочном отказе СТРАХОВАТЕЛЯ от договора ДМС уплаченная СТРАХОВЩИКУ страховая премия не подлежит возврату.

5.14. При намерении досрочного расторжения договора ДМС стороны обязаны письменно уведомить друг друга о предполагаемой дате прекращения договора ДМС.

В случае принятия решения СТРАХОВАТЕЛЕМ о досрочном прекращении Договора страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня получения письменного заявления СТРАХОВЩИКОМ, если дата прекращения Договора страхования не указана в заявлении или дата, указанная в заявлении ранее даты получения заявления СТРАХОВЩИКОМ.

Заявление СТРАХОВАТЕЛЯ предоставляется непосредственно в офис СТРАХОВЩИКА или путем его отправки через организацию почтовой связи по указанным в Договоре адресам СТРАХОВЩИКА.

При досрочном прекращении Договора страхования по инициативе СТРАХОВАТЕЛЯ, при условии, что страховая премия по Договору страхования оплачена в полном объеме и при отсутствии по Договору произведенных страховых выплат либо заявленных убытков, СТРАХОВЩИК возвращает СТРАХОВАТЕЛЮ часть страховой премии пропорционально

количеству дней, оставшихся до окончания срока действия Договора страхования за вычетом расходов СТРАХОВЩИКА на ведение дела (до 30% от страховой премии, если Договором страхования не предусмотрено иное).

Часть страховой премии, подлежащая возврату, рассчитывается по формуле:

$$P_v = \frac{(P_p - P_{ВД} * P_p) * O_d}{C_c}, \quad \text{где:}$$

$P_v$  – премия к возврату;

$P_p$  – полученная страховая премия;

$P_{ВД}$  – расходы на ведение дела СТРАХОВЩИКА;

$O_d$  – оставшиеся дни действия Договора страхования (страхового полиса);

$C_c$  – количество дней, на которые заключен Договор страхования (страховой полис).

При досрочном прекращении Договора страхования по инициативе СТРАХОВАТЕЛЯ, при условии оплаты страховой премии не в полном объеме, предусмотренном условиями Договора страхования, и/или при наличии по Договору произведенных страховых выплат либо заявленных убытков расчет страховой премии, подлежащей возврату, не осуществляется.

5.15. В случае досрочного прекращения договора ДМС СТРАХОВАТЕЛЬ (Застрахованный) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть СТРАХОВЩИКУ полисы страхования, действие которых прекращается с момента окончания действия договора ДМС.

5.16. В случае досрочного прекращения договора ДМС по требованию СТРАХОВЩИКА, последний возвращает СТРАХОВАТЕЛЮ неиспользованную страховую премию за истекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной договором ДМС.

## 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО, СТРАХОВЩИКА

6.1. СТРАХОВАТЕЛЬ имеет право:

6.1.1. Проверять соблюдение СТРАХОВЩИКОМ условий договора ДМС.

6.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских и иных услуг в медицинских (или) аптечных организациях, с которыми у СТРАХОВЩИКА заключены договоры на предоставление медицинских и (или) иных услуг, в соответствии с условиями страхования и выбранной программой ДМС. В случае непредоставления таких медицинских и (или) иных услуг, несвоевременного, неполного их предоставления СТРАХОВАТЕЛЬ, Застрахованный или другие уполномоченные ими лица должны немедленно поставить в известность об этом СТРАХОВЩИКА.

6.1.3. Расширить перечень страховых программ или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору ДМС и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору ДМС начинает действовать со дня уплаты страхового взноса.

6.1.4. Получить дубликат полиса страхования в случае его утраты.

6.2. Застрахованный имеет право:

6.2.1. Требовать предоставления медицинских и (или) иных услуг в соответствии с условиями договора ДМС.



6.2.2. Обращаться к СТРАХОВЩИКУ за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинских и (или) иных услуг.

6.3. СТРАХОВЩИК имеет право:

6.3.1. Проверять сообщенную СТРАХОВАТЕЛЕМ информацию, а также выполнение СТРАХОВАТЕЛЕМ и Застрахованным требований договора ДМС.

6.3.2. Отказать в оплате медицинских и иных услуг в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, настоящими Правилами или договором ДМС.

6.3.3. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских и иных услуг или отказать в оплате в случае, если у СТРАХОВЩИКА имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай. Страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

6.4. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан:

6.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором ДМС страховые взносы.

6.4.2. Предоставлять СТРАХОВЩИКУ необходимые для заключения договора ДМС сведения, а также любую необходимую информацию, связанную с действием договора ДМС.

6.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору ДМС.

6.4.4. В тридцатидневный срок известить СТРАХОВЩИКА о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая при обращении в медицинскую или аптечную организацию, с которыми у СТРАХОВЩИКА не заключены договоры на предоставление медицинских и (или) иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным.

6.4.5. Получить от Застрахованных согласие на обработку их персональных данных.

6.4.6. Обеспечить конфиденциальность персональных данных Застрахованных, а также обеспечить безопасность персональных данных Застрахованных при их обработке.

6.5. Застрахованный обязан:

6.5.1. По требованию СТРАХОВЩИКА пройти предварительное медицинское освидетельствование.

6.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

6.5.3. Заботиться о сохранности полиса страхования и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг, предусмотренных договором ДМС. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу полис страхования с целью получения им медицинских и (или) иных услуг по договору ДМС, СТРАХОВЩИК вправе досрочно прекратить действие договора ДМС в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

6.6. СТРАХОВЩИК обязан:

6.6.1. Ознакомить СТРАХОВАТЕЛЯ с настоящими Правилами добровольного медицинского страхования.

6.6.2. При наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором на оказание услуг, заключенным между СТРАХОВЩИКОМ и медицинской или аптечной организацией, оплату медицинских и иных услуг, либо возместить расходы Застрахованному (СТРАХОВАТЕЛЮ), понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором ДМС.

6.6.3. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со СТРАХОВАТЕЛЕМ (Застрахованным). СТРАХОВЩИК несет ответственность за разглашение сведений о договоре ДМС, включая врачебную тайну, в соответствии с законодательством РФ.

6.6.4. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими и аптечными организациями в рамках договора добровольного медицинского страхования.

6.6.5. Обеспечить конфиденциальность персональных данных СТРАХОВАТЕЛЯ и Застрахованных, а также обеспечить безопасность персональных данных СТРАХОВАТЕЛЯ и Застрахованных при их обработке.

## 7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские и (или) аптечные организации, с которыми у СТРАХОВЩИКА заключены договоры на предоставление медицинских и (или) иных услуг, либо обращение Застрахованных в которые организовано или согласовано СТРАХОВЩИКОМ.

При наступлении страхового случая медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются на основании предъявления им полиса страхования, документа, удостоверяющего личность. В случае необходимости также предъявляется гарантийное письмо, выданное СТРАХОВЩИКОМ.

7.2. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором ДМС, медицинским и (или) аптечным организациям, с которыми у СТРАХОВЩИКА заключены договоры на предоставление медицинских и (или) иных услуг либо если обращение Застрахованных в вышеуказанные организации согласовано или организовано СТРАХОВЩИКОМ;
- возмещения расходов Застрахованному (СТРАХОВАТЕЛЮ), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором ДМС.

## 8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Споры, вытекающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются сторонами путем переговоров.

Если соглашение по спорным вопросам сторонами не достигнуто, то СТРАХОВАТЕЛЬ обращается с претензией (жалобой) к СТРАХОВЩИКУ. В случае, если соглашение сторонами не достигнуто, то СТРАХОВАТЕЛЬ обращается к Финансовому уполномоченному (омбудсмену) (по урегулированию спора до 500000 рублей) в соответствии с действующим законодательством РФ. При недостижении сторонами соглашения спор передается на рассмотрение в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

Если соглашение по спорным вопросам сторонами не достигнуто, то Страхователь (Выгодоприобретатель) - юридическое лицо - обращается с претензией (жалобой) к Страховщику. При недостижении сторонами соглашения спор передается на рассмотрение в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 9. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. В случае отказа СТРАХОВАТЕЛЯ от настоящего договора ДМС в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового

случая, СТРАХОВЩИК возвращает СТРАХОВАТЕЛЮ уплаченную страховую премию в следующем порядке:

9.1.1. В случае если СТРАХОВАТЕЛЬ отказался от договора ДМС в срок, установленный абзацем 1 пункта 9.1 настоящих Правил страхования, и до даты возникновения обязательств СТРАХОВЩИКА по заключенному договору ДМС (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату СТРАХОВЩИКОМ СТРАХОВАТЕЛЮ в полном объеме.

9.1.2. В случае если СТРАХОВАТЕЛЬ отказался от договора ДМС в срок, установленный абзацем 1 пункта 9.1 настоящих Правил страхования, но после даты начала действия страхования, СТРАХОВЩИК при возврате уплаченной страховой премии СТРАХОВАТЕЛЮ вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора ДМС, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора ДМС.

9.1.3. Договор ДМС считается прекратившим свое действие с даты получения СТРАХОВЩИКОМ письменного заявления СТРАХОВАТЕЛЯ об отказе от договора ДМС или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с абзацем 1 пункта 9.1 настоящих Правил страхования.

9.2. Возврат СТРАХОВАТЕЛЮ страховой премии осуществляется СТРАХОВЩИКОМ по выбору СТРАХОВАТЕЛЯ наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления СТРАХОВАТЕЛЯ об отказе от договора ДМС.

## Страховая программа №1

### «ЗАБОТЛИВЫЙ ДОКТОР»

По настоящей программе добровольного медицинского страхования (далее – Программа) Сервисная Компания/Страховщик консультирует и помогает в организации профилактического обследования, верификации (дообследования) и лечения одного впервые выявленного в ходе Первичного обследования заболевания, включая онкологическое, не более одного раза за период действия договора страхования, а также услуги онлайн-консультаций врачей, в том числе узкопрофильных специалистов.

Программа включает в себя:

#### **I.1. Медицинские и иные услуги:**

##### **I.1.1. Телемедицинские услуги:**

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации:

I.1.1.1. Онлайн-консультации терапевта/педиатра;

I.1.1.2. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей по направлению терапевта/педиатра;

I.1.1.3. Услуга «Второе мнение»;

I.1.1.4. Онлайн-консультации врачей по вопросам реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 с разработкой индивидуального плана реабилитации. Онлайн-консультации врача-диетолога/нутрициолога по здоровому питанию, психологии пищевого поведения, образу жизни.

##### **I.1.2. Медицинские услуги:**

I.1.2.1. Амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги:

I.1.2.2. Очные консультации врачей-специалистов по одному из профилей: акушерство-гинекология, урология, гастроэнтерология, неврология, кардиология, эндокринология, аллергология, оториноларингология, дерматология и онкология.

I.1.2.3. Лабораторные и инструментальные исследования: (общеклинические (химико-микроскопические и гематологические (коагулограмму); биохимические (включая гормональные исследования); иммунологические: определение общих иммуноглобулинов (А, Е, М, G); определение антител к антигенам тканей, их компонентам, секретам, метаболитам, гормонам; исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры); исследование антигенной системы эритроцитов; микробиологические (в бактериологии, вирусологии, микологии, паразитологии): макро- и микроскопические, иммуносерологические исследования, молекулярно-биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР), культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические исследования; функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), суточное мониторирование артериального давления или суточное ЭКГ, нагрузочные тесты (велозергометрия, тредмил-тест), миография; ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и

тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая доплерография в т.ч. с цветным картированием; рентгенологические исследования (исключая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования и магнитно-резонансную томографию); эндоскопические исследования.

I.1.2.4. Медицинские услуги с целью лечения впервые выявленного в рамках Программы Заболевания по результатам постановки/верификации диагноза:

- предоперационная подготовка;
- услуги, оказываемые в стационаре одного дня.

I.1.3. При первичном выявлении (подозрении) в результате Первичного обследования в рамках Программы онкологического заболевания Застрахованному лицу предоставляются следующие услуги:

I.1.3.1. Медицинские услуги для верификации диагноза и составления плана лечения, которые включают:

Онлайн-консультация врача-онколога с назначением дообследования.

«Второе мнение» по предоставленным медицинским документам.

Очные консультации врача-онколога по результатам дообследования.

Лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, иммуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, РЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога.

Инструментальную диагностику (компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, радиоизотопные исследования, магнитно-резонансную томографию, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие.

Малые хирургические операции в амбулаторных условиях.

Лечение онкологического заболевания по назначению врача-онколога.

I.1.3.2. Услуги по сопровождению лечения Застрахованного, которые включают организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного в указанное лечебное учреждение Сервисной организацией/Страховщиком, включая транспортные расходы и расходы на проживание.

## **I.2. Сервисные услуги:**

I.2.1. Телефонный медицинский пулть 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю.

I.2.2. Полное сопровождение Застрахованного лица на всех этапах, координация и курация во время лечения впервые выявленного заболевания, в том числе онкологического.

I.2.3. В случае первичного выявления в результате диагностических обследований в рамках программы онкологического заболевания Застрахованной предоставляются следующие услуги:

I.2.3.1. Организация медицинских услуг необходимых для верификации диагноза и составления плана лечения.

I.2.3.2. Консультации персонального менеджера по вопросам, связанным с диагностированным онкологическим заболеванием.

I.2.3.3. Консультация по плану лечения онкологического заболевания.

I.2.3.4. Консультации по прохождению процедуры получения направления на высокотехнологичную медицинскую помощь для лечения онкологических заболеваний в

профильных медицинских организациях, при наличии предусмотренных действующим законодательством оснований для направления на высокотехнологическую помощь.

### **I.3. Транспортные расходы и расходы на проживание:**

Покрываемые Программой мероприятия в отношении транспортировки и проживания включают в себя:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного до места, где оказываются медицинские услуги в лечебном учреждении;
- организацию проживания;
- организацию транспортировки Застрахованного из лечебного учреждения (стационара) до постоянного места жительства (на территории Российской Федерации).

## **Страховая программа № 2**

### **«ЗАБОТЛИВЫЙ ДОКТОР LITE»**

По настоящей программе добровольного медицинского страхования (далее – Программа) Сервисная Компания/Страховщик консультирует и помогает в организации профилактического обследования, верификации (дообследования) и лечения одного впервые выявленного в ходе Первичного обследования заболевания, включая онкологическое, не более одного раза за период действия договора страхования, а также услуги онлайн-консультаций врачей, в том числе узкопрофильных специалистов.

Программа включает в себя:

#### **I.1. Медицинские и иные услуги:**

##### **I.1.1. Телемедицинские услуги:**

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации:

I.1.1.1. Онлайн-консультации терапевта/педиатра;

I.1.1.2. Онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных по направлению терапевта/педиатра;

I.1.1.3. Услуга «Второе мнение»;

I.1.1.4. Онлайн-консультации врачей по вопросам реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 с разработкой индивидуального плана реабилитации. Онлайн-консультации врача-диетолога/нутрициолога по здоровому питанию, психологии пищевого поведения, образу жизни.

##### **I.1.2. Медицинские услуги:**

При выявлении в результате Первичного обследования в рамках Программы одного заболевания Застрахованному предоставляются следующие услуги:

I.1.2.1. Очные консультации врачей-специалистов по одному из профилей: акушерство-гинекология, урология, гастроэнтерология, неврология, кардиология, эндокринология, аллергология, оториноларингология, дерматология и онкология.

I.1.2.2. Лабораторные и инструментальные исследования: (общеклинические (химико-микроскопические и гематологические (коагулограмму); биохимические (включая гормональные исследования); иммунологические: определение общих иммуноглобулинов (А, Е, М, G); определение антител к антигенам тканей, их компонентам, секретам, метаболитам, гормонам; исследование противоопухолевого иммунитета (онкомаркеры); исследование антигенной системы эритроцитов; микробиологические (в бактериологии, вирусологии, микологии, паразитологии): макро- и микроскопические, иммуносерологические исследования,

молекулярно-биологические методы исследования (методы гибридизации ДНК и РНК, ПЦР), культивирование и идентификация при бактериологических исследованиях; цитологические исследования; функциональная диагностика: электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), исследование функции внешнего дыхания (спирография), суточное мониторирование артериального давления или суточное ЭКГ, нагрузочные тесты (велозргометрия, тредмил-тест), миография; ультразвуковая диагностика: УЗИ органов и тканей, эхокардиография (ЭхоКГ), сосудистая доплерография в т.ч. с цветным картированием; рентгенологические исследования (исключая компьютерную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования и магнитно-резонансную томографию); эндоскопические исследования.

1.1.3. При первичном выявлении (подозрении) в результате Первичного обследования в рамках Программы онкологического заболевания Застрахованному лицу предоставляются следующие услуги:

1.1.3.1. Медицинские услуги для верификации диагноза, которые включают:

- Онлайн-консультация врача-онколога с назначением дообследования;
- Услуга «Второе мнение»;
- Очная консультация врача-онколога по результатам дообследования;
- Лабораторную диагностику: цитологические исследования, гистологические исследования, иммуногистохимический анализ, FISH тест, исследования на мутации в генах BRCA 1 и BRCA 2, онкомаркеры (PSA, CA-125, CA-15-3, HE4, SCC, РЭА и др.), анализ на типирование костного мозга и другие, по назначению врача-онколога.

- Инструментальную диагностику (компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, радиоизотопные исследования, магнитно-резонансную томографию, цифровая маммография, эндоскопические исследования, ультразвуковые исследования и другие).

- Малые хирургические операции в амбулаторных условиях в целях постановки диагноза.

## **1.2. Сервисные услуги:**

1.2.1. Телефонный медицинский пулът 24 (двадцать четыре) часа в сутки/7 (семь) дней в неделю.

## **Страховая программа № 3**

### **«ДЕТСКОЕ ОНКОСТРАХОВАНИЕ»**

Программа гарантирует организацию лечения Клиентов Заказчика в лечебном учреждении, в связи с диагностированием смертельно опасного заболевания и/или необходимостью проведения хирургического вмешательства, которые были впервые диагностированы и/или назначены в течение срока страхования по истечении периода ожидания.

Программа включает в себя:

#### **1.1. Медицинские и иные услуги:**

1.1.1. амбулаторно-поликлиническая помощь (в т.ч. в условиях дневного стационара);

1.1.2. клиничко-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара;

- I.1.3. проведение медицинской экспертизы;
- I.1.4. консультации врачей;
- I.1.5. использование операционного зала;
- I.1.6. реанимационная медицинская помощь;
- I.1.7. 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;
- I.1.8. гемотранфузия, введение плазмы и сыворотки;
- I.1.9. услуги, связанные с использованием кислорода, применение растворов для инъекций;
- I.1.10. поиск потенциальных доноров;
- I.1.11. получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости трансплантата);
- I.1.12. услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу;
- I.1.13. услуги стационара: пребывание Застрахованного лица в лечебном учреждении;
- I.1.14. психологическая помощь.

## **I.2. Транспортные расходы и расходы на проживание:**

Покрываемые Программой мероприятия в отношении транспортировки и проживания включают в себя:

- проезд от постоянного места жительства Застрахованного и одного сопровождающего лица, а также, при необходимости, живого донора, до места, где оказываются медицинские услуги в лечебном учреждении;
- организацию проживания;
- организацию транспортировки Застрахованного из лечебного учреждения (стационара) до постоянного места жительства (на территории Российской Федерации).

## **I.3. Расходы на репатриацию:**

Репатриация останков Застрахованного лица до места, где Застрахованное лицо постоянно проживало ранее/места захоронения, услуги и материалы, необходимые для подготовки останков Застрахованного лица к транспортировке, в т.ч.:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена, в т.ч. международная репатриация, в т.ч. бальзамирование и все административные формальности;
- оплату гроба с минимальными обязательными атрибутами;
- репатриацию останков от аэропорта до указанного места захоронения / места, где Застрахованное лицо постоянно проживал ранее.



Приложение №2  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования,  
утвержденных приказом ООО СК «Пульс»  
от 01.02.2022г.№ 15-п

## ТАРИФНОЕ РУКОВОДСТВО

при страховании на условиях добровольного медицинского страхования

Страховая программа	Страховой тариф (в % от страховой суммы)
Заботливый доктор	0,995
Заботливый доктор Lite	0,990
Детское онкострахование	0,000784

### ПРИМЕЧАНИЕ:

Могут быть применены повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 3.05.

### Страховая программа № 3

#### «ДЕТСКОЕ ОНКОСТРАХОВАНИЕ»

Настоящая Программа обслуживания «Детское онкострахование» (далее – Программа обслуживания) подготовлена на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика от 01.02.2022 г. (далее – Правила) и распространяется на участников Программы коллективного страхования \_\_\_\_\_ (далее – Участник ПС). Правила размещены на сайте Страховщика.

Программа обслуживания устанавливает порядок и условия получения страховой услуги: организации и оплаты медицинских и иных услуг Застрахованным лицам при наступлении Страхового случая.

#### **1. Термины и определения**

Временная франшиза – период времени равный 1 (Одному) календарному месяцу с первого календарного дня Первого периода страхования, в течение которого Страховщик освобождается от обязательств по осуществлению страхового возмещения при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая. События, имеющие признаки страхового случая, произошедшие в течение действия Временной франшизы, Страховыми случаями не признаются. Временная франшиза применяется только в Первом периоде страхования.

Застрахованное лицо – каждый из детей Участника ПС в возрасте до 18 (Восемнадцати) лет, а также зачатые до наступления Периода страхования и родившиеся в Период страхования дети Участника ПС, не попадающие в числе исключений из страхования. Дети Участника ПС для целей настоящего Договора признаются лица, которым Участник ПС приходится родителем, приемным родителем, усыновителем, опекуном или попечителем.

Отчетный период – период времени, равный 1 (Одному) календарному месяцу. Дата начала Отчетного периода определяется как 1 (Первое) число каждого календарного месяца. Дата окончания Отчетного периода определяется как последнее число каждого календарного месяца.

Первый период страхования – Период страхования по впервые включенному в Бордеро Участника ПС, а также по Участникам ПС, включенным в последующие Бордеро по истечении 1 (Одного) календарного месяца с момента окончания действия предыдущего Периода страхования.

Период страхования – период времени равный 12 (Двенадцати) календарным месяцам, в течение которого возникают обязательства Страховщика по организации и оплате медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой обслуживания, при наступлении Страхового случая, за исключением действия Временной франшизы (если применимо). Датой начала Периода страхования является первое число календарного месяца, следующего за месяцем, в котором физическое лицо было включено в число Участников ПС.

Сервисная компания – специализированная организация, привлекаемая Страховщиком в целях обеспечения организации медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой обслуживания.

Страхователь – дееспособное физическое лицо в возрасте от 18 (восемнадцати) лет. Страхователь вправе заключать Договор в отношении себя или третьего лица — Застрахованного.

Страховщик – ООО СК «Пульс».

Страховая премия – плата за страхование Застрахованного лица, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику.

Страховой случай – событие, предусмотренное настоящей Программой обслуживания, при наступлении которого в Период страхования, за исключением действия Временной франшизы, у Страховщика возникает обязанность по организации и оплате медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой обслуживания в отношении Застрахованного лица.

Страховая сумма – предельный размер денежных средств, подлежащих оплате Страховщиком медицинским и иным организациям в счет оплаты услуг, оказанных всем Застрахованным лицам одного Участника ПС при наступлении Страхового случая.

## 2. Страховая премия, срок страхования

2.1. Срок страхования: с даты утверждения Программы коллективного страхования «Детское онкострахование) по «\_\_\_\_\_», либо до достижения предельного размера суммы Страховых премий – \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) российских рублей. Страховая премия уплачивается Страхователем Страховщику. Страховая премия с Участника ПС или Застрахованного лица не взимается.

2.2. Дата начала Периода страхования устанавливается с 1 (Первого) числа календарного месяца, следующего за месяцем, в котором физическое лицо было включено в число Участников ПС. Период страхования заканчивается в день окончания Периода страхования.

2.3. Страхование в отношении Застрахованного лица прекращает свое действие и Застрахованное лицо теряет право на получение услуг в следующих случаях:

- исполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме;
- иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

## 3. Страховая сумма

3.1. Страховая сумма на всех Застрахованных лиц каждого Участника ПС на каждый Период страхования устанавливается в размере:

– эквивалент \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) российских рублей по страховому риску «Злокачественное новообразование» с учетом лимитов, указанных в п. 5 настоящей Программы обслуживания.

– эквивалент \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) российских рублей по страховому риску «Трансплантация костного мозга» с учетом лимитов, указанных в п. 5 настоящей Программы обслуживания;

- при оплате посмертной репатриации Застрахованного лица – \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) российских рублей.

Для целей расчета в российских рублях общей стоимости оказанной медицинской и иной помощи фиксируется валютный курс в размере 1 доллар США = \_\_\_\_\_ российских рублей. В случае, если оплата стоимости медицинской и иной помощи, оказанной Застрахованному лицу, осуществлена в валюте, отличной от доллара США, то она конвертируется в доллар США по

курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату оплаты. Максимальный размер общей стоимости оказанной медицинской и иной помощи составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) долларов США на Период страхования.

3.2. Страховая сумма является совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем Страховым случаям, произошедшим за каждые 12 (Двенадцать) месяцев непрерывного действия страхования в отношении всех Застрахованных лиц одного Участника ПС. Страховая сумма на всех Застрахованных лиц одного Участника ПС уменьшается на величину оплаченных Страховщиком медицинских и иных услуг.

#### **4. Территория оказания услуг**

4.1. Территории оказания услуг по страховому риску «Злокачественное новообразование» – Российская Федерация.

4.2. В случае, если оказание услуг по страховому риску «Злокачественное новообразование» недоступно на территории Российской Федерации, и за рубежом существует медицинский институт, который готов оказать медицинские услуги Застрахованному лицу в соответствии с предусмотренными Программой обслуживания Страховыми случаями, то территорией оказания услуг при наступлении Страхового случая по страховому риску «Злокачественное новообразование» является территория Европы (за исключением Швейцарии и Великобритании), Израиль при условии, что лечение представляет собой традиционное медицинское лечение, одобренное всеми регулирующими органами на территории, где оно проводится.

4.3. Территория оказания услуг при организации Трансплантации костного мозга – весь мир.

#### **5. Риски, Страховые случаи, покрываемые настоящей Программой обслуживания**

5.1. Злокачественное новообразование – 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 Периода 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 T3N0M0 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 вирусом человеческого иммунодефицита (далее – ВИЧ) или синдромом приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД);

– рак предстательной железы стадии T1 (включая T1a, T1b) по классификации TNM.

5.1.1. Страховой случай по риску «Злокачественное новообразование» – потребность в лечении Злокачественного новообразования, которое было впервые диагностировано у Застрахованного лица в Период страхования.

5.2. Трансплантация костного мозга — плановая медицинская процедура, проводимая Застрахованному лицу в течение срока страхования, для лечения лимфомы или лейкоза, диагностированных на основании результатов морфологического исследования (гистологического и (или) цитологического метода(-ов)) впервые в течение Периода страхования.

Под Трансплантацией костного мозга понимается пересадка Застрахованному лицу костного мозга, полученного от другого человека (донора) или от самого себя.

Необходимость проведения Трансплантации костного мозга должна быть подтверждена не менее чем двумя врачами-специалистами в соответствующей области медицины.

При этом по смыслу настоящего определения не является Трансплантацией костного мозга пересадка костного мозга, когда Застрахованное лицо является донором для третьего лица.

5.2.1. Страховой случай по риску «Трансплантация костного мозга» – потребность в лечении Застрахованного лица, требующая Трансплантации костного мозга, согласно мнению сертифицированного медицинского специалиста, одобренному Страховщиком, при том, что заболевание было диагностировано впервые в течение Периода страхования, как подробно описано ниже.

5.2.2. Страховой случай по риску «Трансплантация костного мозга» будет считаться таковым, если дополнительно будут существовать совокупные условия, описанные ниже:

1) Два врача-специалиста в соответствующей области медицины определяют необходимость Трансплантации костного мозга на основании принятых медицинских критериев.

2) Трансплантация костного мозга будет выполняться в признанной больнице, имеющей разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация костного мозга.

3) Трансплантация костного мозга не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования и/или включает лечение стволовыми клетками.

4) Трансплантация костного мозга будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация костного мозга.

5) Появился костный мозг, подходящий для Трансплантации костного мозга Застрахованному лицу, и определена больница, которая взяла на себя выполнение Трансплантации костного мозга в пределах ответственности, указанной в настоящей Программе обслуживания.

5.3. Обязательства Страховщика по рискам, указанным в п.п. 5.1, 5.2 настоящей Программы обслуживания.

5.3.1 Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу в лечебном учреждении, может включать в себя:

- амбулаторно-поликлиническая помощь (в т.ч. в условиях дневного стационара);

- диагностирование, включая, но не ограничиваясь: клинико-диагностические лабораторные исследования, инструментальные исследования, в том числе необходимые для госпитализации в стационар в объеме, отвечающем требованиям стационара;

- проведение медицинской экспертизы;
- консультация врачей;
- манипуляции по медицинским показаниям;
- использование операционного зала;
- реанимационная медицинская помощь;

- 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;

- гемотрансфузия, введение плазмы и сыворотки;
- услуги, связанные с использованием кислорода, применение растворов для инъекций;

Поиск потенциальных доноров:

- получение трансплантата (под данной услугой понимается оплата стоимости трансплантата), хранение и доставка до места, где будет производиться Трансплантация костного мозга;

- услуги и материалы, поставляемые для культур костного мозга в связи с предстоящей пересадкой тканевого трансплантата Застрахованному лицу;

- услуги стационара: пребывание Застрахованного лица в лечебном учреждении. Сервисная компания/Страховщик может организовывать пребывание 1 (Одного) сопровождающего лица;

- выписка необходимой медицинской документации;
- психологическая помощь.

5.3.2. Расходы по оплате медицинской помощи и иных услуг, понесенные в результате их организации самостоятельно Застрахованным лицом или любым третьим лицом от имени Застрахованного лица, не подлежат возмещению, за исключением лекарственного обеспечения согласно п. 5.3.1 настоящей Программы обслуживания.

5.3.3. Любые расходы, понесенные при приобретении или прокате инвалидных кресел, специальных кроватей, приборов кондиционирования воздуха, очистителей воздуха и других подобных предметов или оборудования, не покрываются настоящей Программой обслуживания, если:

- использование соответствующих предметов не является необходимым с медицинской точки зрения;

- эти предметы предназначены для использования вне больницы.

5.3.4. 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 не покрываются настоящей Программой обслуживания.

5.3.5. Любые лекарственные препараты, которые не были проданы лицензированным фармацевтом либо приобретенные без наличия медицинского рецепта, не покрываются настоящей Программой обслуживания.

5.3.6. Стоимость лечения и предоставления медицинских и иных услуг, организованные Сервисной компанией/Страховщиком, не может превышать страховую сумму по Страховому случаю, указанную в п. 3.1 настоящей Программы обслуживания.

5.4. Дополнительные услуги, оказываемые Страховщиком/Сервисной компанией при наступлении Страховых случаев, указанных в п.п. 5.1, 5.2 настоящей Программы обслуживания.

5.4.1. Страховщик/Сервисная компания организует и оплачивает транспортировку Застрахованного лица (и 1 (Одного) сопровождающего лица, а также, при необходимости, живого донора) в лечебное учреждение с целью лечения, одобренного Сервисной компанией/Страховщиком, а также проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего лица (и живого донора в случае Трансплантации костного мозга) на время лечения.

5.4.2. Все мероприятия по подготовке транспортировки и проживания проводит Сервисная компания/Страховщик. Сервисная компания/Страховщик не оплачивает расходы по проезду или проживанию, осуществленные самим Застрахованным лицом/Участником ПС либо третьим лицом от имени Застрахованного лица/Участника ПС.

5.4.3. Сервисная компания/Страховщик будет нести ответственность за определение дат транспортировки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты должны сообщаться Застрахованному лицу/Участнику ПС таким образом, чтобы у Застрахованного лица/Участника ПС было достаточного времени для осуществления личных приготовлений.

5.4.4. В случае изменения Застрахованным лицом/Участником ПС даты поездки после получения извещения от Сервисной компании/Страховщика, Застрахованное лицо/Участник ПС выплачивает 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 лица – для Застрахованного лица и сопровождающего его лица (а также при необходимости донора) – до установленного аэропорта или 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. 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 лицом/Участником ПС).

- организацию транспортировки Застрахованного лица и сопровождающего его лица (а также живого донора в случае Трансплантации костного мозга) из лечебного учреждения (стационара) на территорию постоянного места жительства Застрахованного лица.

Сервисная компания/Страховщик будет принимать решение по поводу каждой транспортировки по согласованию с Застрахованным лицом/Участником ПС.

5.4.5. Страховщик/Сервисная компания вправе в случае смерти Застрахованного лица, произошедшей в ходе лечения, организованного в соответствии с настоящей Программой обслуживания, организовать репатриацию останков Застрахованного лица до места, где Застрахованное лицо постоянно проживало ранее/места захоронения, предоставить услуги и материалы, необходимые для подготовки останков Застрахованного лица к транспортировке, в т. ч.:

- услуги, предоставляемые ритуальным бюро, в котором предусмотрена, в т. ч. международная репатриация, в т. ч. бальзамирование и все административные формальности;
- оплату гроба с минимальными обязательными атрибутами;
- репатриацию останков от аэропорта до указанного места захоронения / места, где Застрахованное лицо постоянно проживал ранее.

Застрахованное лицо и его родственники/Участник ПС должны допускать для визита к Застрахованному лицу врачей, персонал Сервисной компании/Страховщика, а также получать любые справки, необходимые для Сервисной компании/Страховщика.

5.4.6. 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 настоящей Программой обслуживания.

5.4.7. Любые расходы, связанные с регулярными переездами от указанного отеля до больницы либо лечащего врача, не покрываются настоящей Программой обслуживания.

## **6. Исключения из страхового покрытия**

На страхование принимаются лица в возрасте до 18 (Восемнадцати) полных лет включительно на дату начала Периода страхования за исключением лиц, указанных ниже:

6.1. Лица, которые не являются гражданами Российской Федерации или имеют двойное гражданство.

6.2. Лица, которые в настоящее время или в течение последних 10 (Десяти) лет проходят/проходили стационарное, амбулаторное или восстановительное лечение, либо Застрахованному лицу устанавливался по результатам обследования диагноз, либо Застрахованное лицо находится/находилось под наблюдением врача-специалиста по поводу любого из нижеследующих заболеваний или состояний:

6.2.1. рак или Злокачественное новообразование любого типа, в т.ч. болезнь Ходжкина;

6.2.2. 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.);

6.2.3. 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;

6.2.4. любая форма диабета;



- 6.2.5. любой вид опухоли или кисты мозга, черепа или спинного мозга;
- 6.2.6. операция по увеличению груди, трансплантация органов, Трансплантация костного мозга;
- 6.2.7. инфекционные и/или венерические заболевания (например: туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатит);
- 6.2.8. слабоумие, эпилепсия, другие стойкие нервные или психиатрические расстройства;
- 6.2.9. заболеваний нервной системы, включая заболевания центральной нервной системы (головного мозга, спинного мозга), периферической нервной системы, автономной нервной системы, опорные структуры нервной системы и их сосудистое снабжение (внечерепную цереброваскулярную систему).

Если Застрахованное лицо проходит обследование по поводу симптомов, которые могут быть проявлением какого-либо из указанных в п.п. 6.2.1-6.2.9. настоящей Программы обслуживания заболеваний или состояний, либо ожидает результатов диагностики, потенциальное Застрахованное лицо не может быть принято на страхование до получения результатов.

6.3. Не являются Страховыми случаями события, произошедшие:

- 6.3.1. В результате предшествовавших состояний или их последствий в течение 10 (Десяти) лет до даты начала Периода страхования;
- 6.3.2. Если Злокачественное новообразование, как определено настоящей Программы обслуживания, было впервые диагностировано или о нем стало известно Застрахованному лицу до начала Периода страхования;
- 6.3.3. В результате болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфицированием, СПИДом, наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом, венерическими заболеваниями, заболеваниями, передающимися преимущественно половым путем;
- 6.3.4. В результате любых повреждений здоровья Застрахованного лица, вызванных прямыми или косвенными последствиями радиационного облучения или наступивших в результате воздействия ядерной энергии;
- 6.3.5. Во время нахождения Застрахованного лица в местах лишения свободы, а также в изоляторах временного содержания и других учреждениях, предназначенных для содержания лиц, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления;
- 6.3.6. В результате экзогенной интоксикации, в результате алкогольной болезни, алкогольного поражения органов и систем органов, в том числе, 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;
- 6.3.7. 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);

6.3.8. 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;

6.3.9. Любое заболевание, вызванное трансплантацией органа;

6.3.10. Любые медицинские манипуляции и обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, полученные/осуществленные Застрахованным лицом до выдачи предварительного медицинского свидетельства, выданного Страховщиком/Сервисной компанией;

6.3.11. По Участникам ПС, по которым после их включения в настоящую Программу обслуживания будет установлено, что Участник ПС (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об указанных в настоящей Программе обслуживания обстоятельствах, и если по результатам оценки страхового риска указанные сведения привели к включению Участника ПС (Застрахованного лица) на условиях, отличных от тех, на которых он был бы заключен в случае указания верных сведений;

6.3.12. Если заболевание было диагностировано/хирургическое вмешательство было назначено или связанные с ним симптомы проявились и были зафиксированы в медицинских документах в период действия Временной франшизы;

6.3.13. С лицами, указанными в п.п. 6.1-6.2 настоящей Программы обслуживания.

6.4. В рамках страхования по настоящей Программе обслуживания не подлежат оплате следующие услуги:

6.4.1. Услуги, оказанные по поводу заболеваний, не покрываемых настоящей Программой обслуживания, или медицинские услуги, не покрываемые настоящей Программой обслуживания;

6.4.2. Услуги по событиям, произошедшим вне Периодов страхования;

6.4.3. Услуги, прямо не предусмотренные настоящей Программой обслуживания;

6.4.4. Услуги по организации и проведению более 1 (Одной) Трансплантации костного мозга одному Застрахованному лицу за все Периоды страхования;

6.4.5. Услуги по организации и проведению лечения одного Застрахованного лица за рубежом более 1 (Одного) раза;

6.4.6. Услуги по организации и проведению лечения одного Застрахованного лица более 1 (Одного) заболевания, признанного покрываемым настоящей Программой обслуживания, выявленного за время срока страхования, установленного настоящей Программой обслуживания;

6.4.7. Услуги по организации проезда более 1 (Одного) сопровождающего лица или законного представителя вместе с Застрахованным лицом;

6.4.8. Расходы на специальную медицинскую транспортировку и расходы на сухопутный переезд из аэропорта в больницу, если страхователь не в состоянии, по мнению врача Страховщика, из-за медицинских причин, лететь обычным коммерческим рейсом;

6.4.9. Услуги по организации лечения и/или лечению осложнений основного заболевания, а также осложнений, от непосредственного процесса лечения основного заболевания, возникших после окончания Периода страхования, в том числе в связи с выполнением Страховщиком/Сервисной компанией своих обязательств при наступлении Страхового случая;

6.4.10. Обследование и/или лечение сопутствующих заболеваний, не входящих в перечень основных страховых диагнозов;

6.4.11. Лечение хронических заболеваний, обострение течения которых наступило в процессе лечения основного страхового заболевания, но не было связано непосредственно с процессом лечения основного страхового заболевания;

6.4.12. Услуги, направленные на осуществление онкопоиска, включая, но не ограничиваясь, проведением ПЭТ-КТ и других методов обследования;

6.4.13. Лечение врожденных нарушений нормального развития головного мозга и черепной коробки;

6.4.14. Лечение врожденных пороков развития спинного мозга и позвоночника;

6.4.15. Хирургические операции по Трансплантации костного мозга, если при Трансплантации костного мозга Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу;

6.4.16. Медицинские и иные услуги, выполняемых в эстетических и/или косметических целях;

6.4.17. Услуги, оказываемые в связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития, в том числе врожденными нарушениями нормального развития головного мозга и черепной коробки, спинного мозга и позвоночника;

6.4.18. Услуги, оказываемые в связи с заболеваниями, возникшими во время внутриутробного развития, в том числе связанными с генетическими и хромосомными причинами.

6.5. Перечень событий, не признаваемых Страховым случаем, и, следовательно, Страховщик/Сервисная компания не оплачивает и/или не организует оказание и не производит оплату медицинских и иных услуг:

6.5.1. При заболеваниях и состояниях, не предусмотренных настоящей Программой обслуживания и/или которые возникли в период действия Временной франшизы или после прекращения страхования;

6.5.2. Предусмотренных настоящей Программой обслуживания, лицу, не являющемуся Застрахованным лицом по настоящей Программой обслуживания, в том числе в случае установления факта передачи Застрахованным лицом или Участником ПС Программы обслуживания и/или иных документов другому лицу для получения таким лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой обслуживания;

6.5.3. Не назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом, либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения по поводу заболевания;

6.5.4. При диагнозах, не подтвержденный гистологическими или, в случае системных Злокачественных новообразований, - цитологическими доказательствами;

6.5.5. Злокачественные новообразования, которые диагностированы как дисплазия шейки матки CIN1, CIN2, CIN3, или новообразования, которые гистологически диагностированы как предраковые;

6.5.6. Злокачественная меланома класса A1 (1 мм), согласно классификации AJCC, 2002;

6.5.7. Заболевания кожи следующих типов:

a. Гиперкератоз и базально-клеточная карцинома;

b. Плоскоклеточная карцинома.

6.5.8. Злокачественные новообразования на фоне ВИЧ;

6.5.9. Рак предстательной железы, который диагностирован гистологически как имеющий до T2 N0 M0 (включая) по классификации TNM или развившийся до 6 (Шести) баллов (включая) по шкале Глисона;

6.5.10. Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) (ICD 91.10);

6.5.11. В связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием СПИДа или носительства ВИЧ;

6.5.12. В связи с расстройством здоровья, в том числе травматическим повреждением, наступившим в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

6.5.13. В связи с расстройством здоровья, наступившим в местах лишения свободы, содержания под стражей;

6.5.14. В связи с расстройством здоровья, наступившим в результате профессиональной деятельности Застрахованного лица, непосредственно связанной с химическими веществами и газами, (включая асбест, растворители, бензол, хлористый винил, бериллий, никель, соединения хрома, радон, пестициды, пыль с оксидом кремния, диоксины), со взрывчатыми веществами, с ионизирующей радиацией, включая ультрафиолет, с микроволновым излучением, с высоковольтными электрическими сетями;

6.5.15. Связанных с применением экспериментальных методов лечения, не допущенных к использованию в Российской Федерации;

6.5.16. В связи с Злокачественным новообразованием, протекающим на фоне ВИЧ-инфекции или СПИД (включая Саркому Капоши);

6.5.17. В связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых было известно Застрахованному лицу или Участнику ПС до даты начала Периода страхования, если лечение, предусмотренное настоящей Программой обслуживания, было рекомендовано или запланировано до момента включения Участника ПС в настоящую Программу обслуживания;

6.5.18. В связи с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг в медицинских и иных организациях, не предусмотренных настоящей Программой обслуживания или выбор которых не был согласован со Страховщиком/Сервисной компанией;

6.5.19. В связи с заболеваниями и медицинскими состояниями, возникшими в результате занятия Застрахованного лица следующими экстремальными видами спорта, сопряженными с повышенным риском для жизни и здоровья: автоспорт, мотоспорт, альпинизм, спелеология, бокс и любые другие виды боевых единоборств, экстремальные виды велоспорта (включая маунтинбайк), фридайвинг, скайсерфинг, дайвинг (глубина погружения более 25 (Двадцать пять) метров), кайтинг, бейсджампинг, экстремальные водные виды спорта (в том числе, аквабайк, водные лыжи), парашютный спорт, парапланеризм, дельтапланеризм, конный спорт;

6.5.20. В связи с родовыми травмами и/или врожденными пороками развития любого вида.

6.6. Страховщик/Сервисная компания не гарантируют, что Застрахованному лицу и/или его сопровождающему лицу или законному представителю будет выдана виза на въезд в страну расположения выбранной медицинской организации.

## **7. Порядок предоставления медицинских и иных услуг при наступлении Страхового случая**

7.1. После первичного диагностирования Злокачественного новообразования и/или назначения проведения Трансплантации костного мозга Участник ПС устно уведомляет

Страховщика/Сервисную компанию о факте наступления события, в течение 35 (Тридцати пяти) календарных дней со дня, когда стало известно о нем.

7.2. В течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней после устного уведомления (звонка), Участник ПС передает Сервисной компании/Страховщику следующие документы:

- 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 лица (свидетельство о рождении/паспорт гражданина Российской Федерации и общегражданский заграничный паспорт гражданина Российской Федерации, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации (при наличии) (далее – общегражданский заграничный паспорт));

- документы, удостоверяющие личность Участника ПС/ иного законного представителя Застрахованного лица (паспорт гражданина Российской Федерации и общегражданский заграничный паспорт (при наличии));

- копия документа, устанавливающего ИНН Застрахованного лица и/или Участника ПС/ иного законного представителя Застрахованного лица.

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

7.4. В случае подтверждения диагноза Сервисная компания/Страховщик предоставляет полный письменный отчет Застрахованному лицу/Участнику ПС. В отчете содержится информация о подтверждении диагноза независимым медицинским экспертом и варианты рекомендованного лечения. Если отчет подтверждает, что заявленное событие, имеющее признаки Страхового случая, является Страховым случаем, Застрахованное лицо/Участник ПС должен уведомить Сервисную компанию/Страховщика о своём решении в отношении лечения. После этого Сервисная компания/Страховщик выдает Застрахованному лицу/Участнику ПС список рекомендуемых лечебных учреждений. Застрахованное лицо/Участник ПС в течение 3 (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 лицом/Участником ПС событие не отвечает критериям, указанным в п.п. 5.1, 5.2 настоящей Программы обслуживания, Страховщик уведомляет об этом Застрахованное лицо/Участника ПС в течение 14 (Четырнадцати) рабочих дней с даты получения уведомления от Сервисной компании.

7.5. После получения Сервисной компанией/Страховщиком подтверждения от Застрахованного лица/Участника ПС о выбранном лечебном учреждении из списка рекомендуемых лечебных учреждений для лечения, Сервисная компания/Страховщик осуществляет организацию необходимой медицинской помощи для надлежащего поступления Застрахованного лица в выбранное лечебное учреждение и готовит предварительное медицинское свидетельство, действительное только для указанного лечебного учреждения. 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 Застрахованное лицо/Участник ПС не инициировал лечение в утвержденном лечебном учреждении на протяжении данного срока, предварительное медицинское свидетельство утрачивает силу. Застрахованное лицо/Участник ПС при необходимости повторно обращается в Сервисную компанию/ Страховщику в соответствии с подпунктом 7.1 настоящей Программы обслуживания.

7.6. В случае отказа от лечения, Застрахованное лицо/Участник ПС письменно уведомляет Страховщика/Сервисную компанию об отказе от предложенного лечения.

## **8. Права и обязанности Застрахованного лица и Участника ПС**

8.1. Застрахованное лицо и Участник ПС имеют право:

- Требовать оказания услуг, в порядке и на условиях, определенных настоящей Программой обслуживания и Правилами страхования;
- Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям получения медицинской помощи, а также при возникновении спорных ситуаций во взаимоотношениях с медицинскими организациями в рамках настоящей Программы обслуживания.

8.2. Застрахованное лицо и Участник ПС обязаны:

- Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией.